1902

Desdaunits

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546806_0102

FORMES ET NATURE

N° 9

DE LA

SPLÉNO-PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1902

PAR

FRANCIS DESDOUITS

Né à Bourg-la-Reine (Seine), le 17 janvier 1877

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

[illegible]

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L , agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
RODET, *professeur.*	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR CARRIEU

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

F. DESDOUITS.

Nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre à nous, à la veille de soutenir notre thèse, d'exprimer notre profonde reconnaissance à nos excellents Maîtres, M. Fernet, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et M. Triboulet, Médecin des hôpitaux, qui les premiers nous ont guidé dans l'étude de la médecine.

Nous assurons de notre vive gratitude nos Maîtres d'Alger, M. Bruch, Directeur, MM. Cochez, Scherb, Goinard, Professeurs à l'Ecole supérieure de Médecine, pour les excellentes leçons dont ils nous ont fait profiter.

Que M. le Professeur Carrieu veuille bien agréer nos remerciements les plus sincères pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, et les conseils qu'il a bien voulu nous donner en vue de la rédaction de ce travail.

Nous adressons également nos remerciements à ceux qui par leurs conseils ou les recherches de laboratoire qu'ils ont bien voulu faire, nous ont été d'un précieux secours. F. D.

INTRODUCTION

La spléno-pneumonie a déjà suscité nombre de travaux. A côté du nom de M. le professeur Grancher se place celui de M. Bourdel, dont le travail important remonte à l'année 1886. Depuis cette époque la maladie a été l'objet de nombreuses communications.

Notre intention n'est pas de faire un travail d'ensemble. Nous avons profité de l'occasion qui s'offrait à nous, dans le service de M. le professeur Carrieu, d'observer un cas de spléno-pneumonie, pour étudier les points principaux de cette affection.

D'autre part, nous avons étudié les observations parues depuis la thèse de M. Bourdel, et il nous a semblé que l'on pouvait tirer parti de plusieurs d'entre elles, en particulier pour ce qui a trait à la symptomatologie et à l'évolution.

Après avoir rappelé la définition de la maladie et ses principaux facteurs étiologiques, nous passerons à l'étude de la symptomatologie et de l'évolution, telle qu'elles ont

été décrites par M. Grancher et M. Bourdel ; et, reprenant quelques symptômes d'ordre important, puis certaines particularités d'évolution, nous grouperons les observations autour de ces symptômes et de ces particularités d'évolution. Plusieurs de ces observations ayant trait à des spléno-pneumonies grippales, nous nous demanderons, avant d'en terminer l'étude, si elles correspondent au type grippal qui a été récemment décrit. Enfin, nous verrons les conclusions qu'il y a lieu de tirer de cette première étude.

Nous discuterons successivement le diagnostic de la spléno-pneumonie avec la pleurésie séro-fibrineuse, avec la pleuro-congestion, avec la congestion de Woillez, enfin avec la pneumonie massive. Le diagnostic fait avec ces différentes maladies, il reste à déterminer le type clinique auquel on a affaire, et nous étudierons les différences qui existent entre la forme simple et la forme tuberculeuse décrite par M. Grancher.

Puis nous aborderons le sujet du pronostic immédiat et éloigné ; au pronostic éloigné est intimement liée la question des rapports de la tuberculose et de la spléno-pneumonie. Nous la traiterons ici. Les cas récemment publiés ne nous apportent aucun renseignement à ce sujet. Mais une observation qui nous est personnelle nous permettra de rappeler les opinions émises jusqu'ici et basées sur quelques rares données. A la question de nature se rattachent les nombreuses recherches bactério-

logiques que l'affection a suscitées ; nous les énumérerons.

Enfin, nous nous efforcerons de dégager ce qu'il y a d'essentiel dans la prophylaxie et le traitement de la maladie.

FORMES ET NATURE

DE

LA SPLÉNO-PNEUMONIE

DÉFINITION

Au point de vue clinique, la spléno-pneumonie est, suivant la définition de M. le professeur Grancher : « *un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen, et qui mérite une description et une dénomination propre* ».

Au point de vue anatomique, la maladie est définie par sa dénomination même. Elle est caractérisée par la *splénisation,* état pathologique dont l'aspect rappelle d'une façon grossière le tissu de la rate.

Ce ne fut que « *par induction et sous toutes réserves* » (1), que M. Grancher conclut de la symptomatologie de l'affection à son état anatomique, les autopsies faisant défaut à l'époque où il fit sa communication à la Société médicale des hôpitaux. Depuis cette époque, deux autop-

(1) Grancher. Soc. méd. des hôp., 1883.

sies ont été pratiquées, l'une par Bouicli, l'autre par M. Chantemesse ; les détails de ces autopsies sont rapportés par M. Queyrat (1), à l'article duquel nous renvoyons le lecteur. Les résultats des deux autopsies furent très différents et ne nous permettraient pas d'ébaucher un chapitre d'anatomie pathologique. Dans le cas de Bouicli il y avait « une sorte d'hépatisation rappelant de très près le deuxième degré de la pneumonie lobaire aiguë franche » (2),tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue histologique. Dans le cas de M. Chantemesse le poumon était « scléreux et atélectasié ». . « La seule lésion qui existât dans l'un et l'autre cas était une énorme congestion pulmonaire. » (3)

Cet « état morbide », qui produit les signes assignés par les classiques à l'épanchement pleural, est-il une maladie ou un syndrome? Certains auteurs en ont fait une maladie distincte (4), une variété atténuée et bénigne de la pneumonie franche (5). M. Queyrat, s'appuyant sur les résultats des autopsies auxquelles nous venons de faire allusion, écrivait, en 1892, « que le syndrome clinique » que M. Grancher a si bien étudié, ne correspond pas » à un état pulmonaire univoque, qu'il peut être le » résultat d'états anatomiques différents, états que nous » ne connaissons encore que d'une manière imparfaite

---

(1) Queyrat, *Gaz. des hôp.*, 18 juin 1892.

(2) Queyrat, *Gaz. des hôp.*, 18 juin 1892.

(3) *Ibid.* — Ajoutons que M. Grancher eut l'occasion de faire deux autopsies de *spléno-pneumonie tuberculeuse*, type un peu à part, et que, tant au point de vue macroscopique qu'histologique, les lésions furent celles de la splénisation.

(4) Faisans, *Bull. méd.*, 6 juillet 1892.

(5) Florand, *Méd. mod.*, 30 novembre 1892.

» et au sujet desquels il serait téméraire, à l'heure » actuelle, de vouloir préjuger ».

Depuis l'époque où M. Queyrat a écrit ces lignes, d'assez nombreuses recherches bactériologiques ont été faites au sujet de l'affection qui nous occupe, et assez fréquemment on a trouvé et mis en cause le pneumocoque. Dans un certain nombre de cas au moins il s'agirait, non d'un syndrome, mais d'une maladie distincte ayant une évolution clinique toute particulière.

ÉTIOLOGIE

Sans être rare la spléno-pneumonie n'est pas très fréquente. Elle s'observe surtout chez l'adulte, puis chez l'enfant, mais n'a pas été signalée dans la première enfance. Elle est rare chez le vieillard.

L'affection intéresse surtout le poumon gauche ; l'homme est plus souvent atteint que la femme.

Le refroidissement est mis en cause dans la plupart des observations.

La spléno-pneumonie a surtout été signalée dans la tuberculose, tantôt chez des tuberculeux avérés, tantôt chez des sujets probablement tuberculeux. Elle survient parfois chez des albuminuriques.

Depuis quelques années elle survient fréquemment au cours des épidémies de grippe, comme l'ont vu M. Barth (1), M. Florand (2), M. Faisans (3), qui met la grippe au second rang parmi les facteurs étiologiques de l'affection, après la tuberculose. M. Lemoine (de Lille) a montré que la grippe, en frappant le poumon, avait une tendance spéciale à déterminer la splénisation (4).

---

(1) Barth, *Gaz. méd. de Paris*, 10 mai 1890.

(2) Florand, *Méd. mod.*, 30 novembre 1892.

(3) Faisans, *Bull. méd.*, 6 juillet 1892.

(4) Congrès de Montpellier, 1898.

SYMPTOMES

M. Bourdel, dans sa thèse inaugurale où se trouvent résumés les travaux de M. Grancher et de M. Queyrat, donne de la maladie le tableau suivant :

Le début survient à la suite d'un refroidissement. Il est brusque ; même lorsqu'il est précédé de malaises, de toux, d'un point de côté, d'inappétence, il affecte encore une certaine brusquerie ; il n'y a pas de grand frisson, sauf dans une observation, mais des frissons répétés. La fièvre atteint souvent 40 degrés le premier jour. Le pouls est fréquent (90, 100 pulsations à la minute). Les vomissements sont rares. Le point de côté, très vif, revêt souvent le caractère de la névralgie intercostale, et les points signalés par Valleix sont douloureux ; il est exagéré par la toux, la respiration, la pression même, et le malade ne peut souvent se coucher que sur le côté sain ou sur le dos. La dyspnée peut être très intense (on compte fréquemment 30 ou 40 mouvements respiratoires à la minute). Parfois, le facies est anxieux, les narines se meuvent activement pendant les efforts inspiratoires, la voix est affaiblie et brève. La toux, peu fréquente, est toujours pénible, sèche, quinteuse au début. Il peut n'y avoir pas d'expectoration pendant toute la durée de la maladie. D'ordinaire, il y a rejet, au bout de quelques jours, de crachats blanchâ-

tres, visqueux, que l'on a comparés à une solution de gomme. Ils sont peu abondants dans la majorité des cas.

Signes physiques. — L'immobilité relative ou absolue du côté malade contraste avec la mobilité exagérée du côté sain. L'ampliation est fréquente, parfois très nette du côté malade. L'entraînement du sternum vers le côté malade est, au contraire, l'exception ; on met en évidence sa présence ou son absence au moyen d'un cordonnet que l'on tend de la fourchette sternale à la symphyse pubienne. *C'est le signe du cordeau.*

A la base du poumon, on constate les signes qui suivent, mais toujours d'un seul côté, à gauche dans la majorité des cas :

Matité, résistance au doigt, sans limites précises le plus souvent ; — diminution ou suppression des vibrations vocales, avec réapparition *progressive* aux limites du foyer ; — affaiblissement ou abolition du murmure vésiculaire ; souffle, presque toujours à l'expiration, parfois doux, d'ordinaire aigu, aigre, parfois dur et fort, comme dans les grands épanchements, et s'entendant au-dessus de la zone de silence respiratoire, vers la partie moyenne du poumon ; le plus souvent, au foyer même de la matité, et pendant l'inspiration, râles sous-crépitants fins, discrets, superficiels et fugitifs, s'entendant surtout après la toux ou les fortes inspirations ; enfin égophonie, parfois très nette, ou broncho-égophonie, pectoriloquie aphone ; parfois, frottements pleuraux, soit au début, soit à la fin de l'affection ; — l'auscultation plessimétrique, comme dans la pleurésie avec épanchement, donne un son clair, métallique, au lieu d'un bruit sourd, mat, lointain. Elle consiste dans *le signe du sou*, que l'on recherche en percutant deux pièces de monnaie l'une sur l'autre à la

partie antérieure du thorax, tandis que l'oreille est appliquée en arrière.

En avant, sous la clavicule, tympanisme presque constant, coïncidant fréquemment avec une exagération des vibrations et un affaiblissement du murmure vésiculaire dans la même région (schéma de Grancher).

Au niveau du poumon sain, respiration supplémentaire, parfois râles de bronchite.

La sonorité de l'espace de Traube, lorsque l'affection siège à gauche, est conservée, sauf dans un cas, et M. Bourdel se demande si, en raison de la rareté du fait, il n'y a pas lieu de l'expliquer plutôt par une disposition antérieure à l'affection. Enfin, il peut y avoir disparition du choc de la pointe du cœur ; à l'auscultation, les bruits s'entendent alors au niveau de la quatrième ou cinquième articulation chondro-sternale gauche.

Un peu de liquide enfin peut se former exceptionnellement dans la plèvre ; la quantité de liquide ne dépasse pas 200 ou 300 grammes. Sa présence est révélée par la ponction.

Marche. — Le point de côté est moins vif au bout de deux ou trois jours ; il disparaît d'ordinaire après un septenaire. La dyspnée a la même durée.

Les signes physiques se succèdent dans un certain ordre : la submatité, la diminution des vibrations, la broncho-égophonie font place à la matité, à la disparition totale des vibrations et à l'égophonie pure, les râles fins au silence absolu. Le plus souvent, lors du premier examen à l'hôpital, les signes ont acquis leur maximum de développement.

Le cycle thermique est le suivant, d'après M. Grancher : « Après avoir atteint ou dépassé 40 degrés, la tempé-

» rature oscille entre 39 et 40 degrés, avec des différences » de 1 degré et plus quelquefois entre le soir et le matin. » Cela dure quatre, cinq ou six jours, puis la moyenne » thermique s'abaisse vers 38 degrés, avec de grandes » oscillations, de 1°5 à 2 degrés, entre les chiffres du » matin et ceux du soir. Après un septenaire, il se fait » une nouvelle chute de la colonne mercurielle, qui » descend le matin à 37 degrés et au-dessons et touche à » 38 degrés le soir ; enfin, la fièvre tombe tout à fait... » Mais le type fébrile n'est pas toujours aussi régulier, et » la spléno-pneumonie n'a pas un cycle constant. Toute- » fois, la rémittence avec oscillations journalières impor- » tantes semble un caractère fondamental du type » fébrile ; de même, on constate une élévation brusque » au début et une défervescence graduelle vers la conva- » lescence. Ce triple caractère de la fièvre se rencontre » dans toutes les observations. » (1).

L'évolution est toujours lente. Au bout de huit ou dix jours, alors que les troubles fonctionnels et les phénomènes généraux se sont amendés, les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes. Puis, au moment où la défervescence s'accentue d'une façon notable, on voit se manifester les premiers symptômes de la résolution : ce sont l'apparition, dans la zone de matité, de râles fins sous-crépitants devenant gros et humides, la réapparition progressive du murmure vésiculaire, la diminution d'intensité du souffle, la broncho-égophonie qui remplace l'égophonie, la disparition de la voussure. Au bout d'un temps variable, les râles, le souffle, la broncho-égophonie finissent par disparaître. Pendant longtemps,

---

(1) Grancher, *Maladies de l'app. resp.*, XXV^e^ leçon.

plusieurs mois parfois, il reste de la submatité, une diminution des vibrations et de la respiration, parfois le malade éprouve encore de l'essoufflement. La rechute est à craindre pendant longtemps (1). Il y a souvent persistance au sommet des signes de congestion : affaiblissement du murmure vésiculaire, exagération des vibrations.

Formes. — La spléno-pneumonie est une maladie inflammatoire subaiguë ; la marche en est traînante et la résolution se fait lentement.

Mais parfois l'évolution est assez ralentie pour que la maladie puisse être considérée comme *chronique ;* c'est dans ces cas, d'après M. Grancher, que l'on voit la fièvre cesser dès les premiers jours.

M. Netter a suivi pendant plusieurs mois un cas de spléno-pneumonie des plus nets, mais dont le début lui avait échappé ; pendant tout le temps qu'il l'a observé, les signes physiques ont persisté avec une immutabilité remarquable, au milieu d'une apyrexie complète (2).

A côté de ces types qui diffèrent par leur évolution, il y a un type spécial à l'enfance. Son principal caractère est d'avoir une durée plus courte que chez l'adulte. Nous renvoyons le lecteur, pour l'étude de ce type, à la thèse de Mlle Brandhendler (3), et un article détaillé de M. Queyrat (4).

---

(1) Grancher, *Maladies de l'app. resp.,* XV[e] leçon. — Soc. méd. des hôp., 1883. Dans un cas, alors que les signes physiques avaient presque totalement disparu, ils reparaissent à peu près tels que le premier jour, *sans fièvre, sans frissons et sans toux*, mais le point de côté redevient intense.

(2) Thèse de Bourdel, Paris 1886.

(3) Thèse de Paris, 1890.

(4) Queyrat. Art. *Spléno-pneumonie* (Traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert).

M. Grancher enfin a décrit (1) sous le nom de *splénopneumonie tuberculeuse* un type clinique qui diffère du type ordinaire.

La fièvre dépasse rarement 39° et ne se maintient qu'*un jour ou deux* à cette hauteur ; elle oscille ensuite autour de 38° et tombe tout à fait, *bien longtemps avant que les signes physiques aient subi la plus légère modification.*

Le souffle est doux, pleurétique et très persistant, lorsqu'il existe. La bronchophonie devient de la broncho-égophonie. Les crépitations sont plus humides et plus grosses, beaucoup plus tenaces que dans la pneumonie franche.

Les vibrations sont *généralement accrues*, quelquefois diminuées, si les sécrétions bronchiques sont surabondantes et non évacuées.

La submatité et l'affaiblissement respiratoire sont constants.

La maladie peut survenir brusquement et *presque* en pleine santé avec fièvre, toux et crachats un peu sanguinolents. Elle commence en général par un lobe, plus souvent par le lobe inférieur, et gagne peu à peu le sommet ; quelquefois c'est par le sommet qu'elle débute. La plupart du temps on trouve, au sommet comme à la base, le schème S — V + R —. La maladie évolue par poussées successives, interrompues par des phases d'amélioration, mais pouvant amener à la longue la phtisie.

Telle est la description de la maladie, telle que nous l'ont laissée les travaux de M. Grancher et de M. Bourdel. Une observation qui nous est personnelle reproduit le

(1) Grancher, *Mal. de l'app. resp.*, XV^e^ leçon.

type clinique ordinaire, subaigu, dans toute sa pureté, comme on le voit par la durée de l'affection et la courbe thermique.

Observation Première

Spléno-pneumonie droite ; observation prise dans le service de M. le professeur Carrieu, suppléé par M. Vedel, professeur agrégé

(Personnelle)

Ernest C..., âgé de 23 ans, couché au n° 32 de la salle Martin-Tisson, est au service militaire depuis vingt-trois mois. Auparavant, il exerçait le métier de voyageur de commerce. Sans être très robuste, il ne paraît pas faible de constitution.

Il n'y a, chez ce malade, aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel. Le malade n'a jamais toussé jusqu'à ce jour.

Vers le 15 septembre 1902, étant aux grandes manœuvres, il a ressenti, dans la région mamelonnaire droite, un léger point de côté, qui a disparu rapidement. Il put continuer les manœuvres sans aucune fatigue ; il ne toussait pas.

Le 25 septembre, sans qu'il y ait eu de refroidissement appréciable, il ressentit quelques légers frissons et de la fièvre. Il entra à l'infirmerie militaire, et les médecins firent le diagnostic de pleurésie droite avec épanchement. Il fut envoyé à l'hôpital le 30.

A ce moment le malade, assez affaibli, tousse un peu en passant de la position horizontale à la position assise ; il ne crache pas, il éprouve de la gêne à respirer (on note 34 respirations à la minute), il transpire beaucoup. Le point de côté est assez vif. Il siège de nouveau à droite, dans la région du mamelon. Le malade se couche sur le dos, à droite ou à gauche indifféremment. La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls est à 80. Le sommeil est assez bon. La langue est mauvaise. La matité cardiaque est un peu augmentée transversalement. Rien à noter au niveau des autres organes. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

A l'interrogatoire on apprend que le décubitus horizontal était le seul tolérable, alors que le malade était à l'infirmerie ; qu'à ce moment la dyspnée était extrêmement vive, le point de côté très douloureux, la toux peu fréquente, sèche, non quinteuse.

A l'examen, on constate les signes physiques suivants :

1° A la base droite, en arrière, jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate :

Matité absolue, diminution très notable des vibrations, souffle expiratoire lointain et voilé, légère égophonie, pectoriloquie aphone.

2° Pas de matité en avant et à droite.

3° A gauche, en arrière: quelques râles de bronchite.

Il n'y a pas d'ampliation apparente de l'hémithorax droit. Le *signe du cordeau* ne révèle aucune déviation du sternum. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Traitement : Repos, régime lacté, oxymel scillitique : 40 gr.

Le 3 octobre, on note les modifications suivantes :

1° A la base droite, en arrière : la matité est perçue depuis le bas du poumon jusqu'à l'épine de l'omoplate ; les vibrations sont de moins en moins perceptibles au niveau de la région mate ; le souffle est perçu aux deux temps ; il y a toujours de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

2° En avant, matité jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

En présence de ces signes qui font admettre un épanchement en voie d'accroissement, deux ponctions sont successivement pratiquées, avec l'aspirateur de Potain, en arrière, dans les septième et huitième espaces intercostaux, en pleine région mate. On ne retire pas de liquide. Le trocart a piqué le poumon, qui donne une sensation de résistance, de dureté même très particulière, mais aucune goutte de sang n'est retirée. On se trouve donc en présence d'une *spléno-pneumonie*.

Le 4 octobre : 1° A la base droite, en arrière, la matité s'étend toujours jusqu'à l'épine de l'omoplate ; les vibrations sont diminuées, mais encore perceptibles ; le souffle expiratoire s'entend à la partie moyenne. Il y a de l'égophonie. Le *signe du sou* est recherché ; il y a une transmission très nette du son.

2° En avant et au sommet : *submatité à tonalité élevée, obscurité respiratoire, quelques crépitations.*

Le 7 octobre : 1° La ligne de matité est horizontale, le souffle expiratoire reste net, mais l'on entend à l'inspiration, au tiers moyen, quelques râles secs et fins qui traduisent le déplisse-

ment pulmonaire. Les vibrations sont mieux senties à la base.

2° En avant et au sommet : skodisme, expiration prolongée.

3° En arrière, au sommet, vibrations un peu exagérées.

Le 10 octobre, le souffle et l'égophonie persistent, mais on perçoit quelques frottements à l'inspiration. Le malade commence à manger un peu, sans grand appétit d'ailleurs. Il n'y a toujours pas d'expectoration.

Le 11 octobre, on fait une nouvelle ponction dans le voisinage et un peu en dedans des précédentes. On retire cette fois 6 centimètres cubes d'un liquide citrin que l'on recueille pour l'ensemencement et le cyto-diagnostic.

Le 13 octobre, les signes se modifient de nouveau :

1° A la base droite, en arrière, les vibrations sont mieux perçues ; la matité, la broncho-égophonie, la pectoriloquie aphone sont moins nettes, mais occupent toujours la même place ; le souffle a disparu. On n'entend plus que des frottements.

2° Sous la clavicule droite, *les vibrations sont un peu exagérées.* Il y a toujours de la submatité à tonalité skodique.

Le 15 octobre : 1° A la base droite, en arrière, mêmes signes, mais les frottements diminuent.

2° En avant de la poitrine la sonorité reparaît.

3° Au sommet, en arrière, on constate les signes suivants : vibrations exagérées, respiration diminuée, inspiration granuleuse, expiration prolongée.

Le malade n'a toujours pas grand appétit. Il n'y a pas eu d'amaigrissement notable.

La culture du liquide sur agar et en bouillon a révélé la présence du staphylocoque blanc.

Cyto-diagnostic. — Après centrifugation et coloration du dépôt à l'hématéine et à l'éosine, on constate une prédominance nette de lymphocytes, ce qui prouve *la nature tuberculeuse du liquide retiré de la plèvre.*

Le 17, en arrière, les frottements ont un peu diminué ; il y a toujours de la submatité à partir de l'épine de l'omoplate. Plus d'égophonie. Plus de pectoriloquie aphone.

La tension artérielle du malade, prise au sphygmo-manomètre, est de 13 centimètres 1/2. *Le séro-diagnostic, fait à l'aide du sérum sanguin, est positif* au dixième. Le malade se lève un peu.

Le 20 octobre : 1° A la base, les frottements occupent toujours la région qui s'étend de l'épine de l'omoplate au bas du poumon. Les vibrations sont nettement perceptibles

2° Au sommet, sous la clavicule, skodisme, augmentation des vibrations, *expiration un peu prolongée*.

3° Au sommet, en arrière, aucun changement

Le 24, on perçoit nettement, en avant, deux zones distinctes séparées elles-mêmes par une zone où la respiration est normale.

1° Zone supérieure (sous la clavicule) : skodisme, exagération des vibrations, expiration prolongée et soufflante, quelques râles secs et peut-être quelques frottements.

2° Zone inférieure (base du poumon en avant) : matité, diminution des vibrations, absence de murmure vésiculaire, frottements pleuraux.

3° En arrière, au sommet, mêmes signes que précédemment.

La respiration est de plus en plus obscure à mesure que l'on se rapproche de la base, au niveau de laquelle on entend encore des frottements pleuraux.

Traitement : Teinture d'iode en applications, cacodylate de soude en potion, élixir de Garus, extrait de kola.

31 octobre, mêmes signes. — Le foie, au premier abord, paraît petit ; sa limite supérieure est délimitée au moyen du phonendoscope : il est remonté, sans doute par le fait d'adhérences pleurales.

Le malade quitte l'hôpital le 15 novembre, avec un assez bon état général. La respiration reste affaiblie à la base du poumon ; au sommet, les signes sont les mêmes que les jours précédents. On entend nettement quelques râles secs à ce niveau.

(Voir la courbe I à la fin de la thèse).

La spléno-pneumonie, dans ce cas, a été accompagnée d'une légère exsudation pleurale. Le fait n'est pas rare.

Dans la plupart des observations, cette exsudation se produit au moment de la convalescence ou à la fin de la maladie. Mais dans un cas de M. Barth (1) (obs. II),

---

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 10 mai 1890.

le malade sortait d'un service de chirurgie, où l'on avait fait, *par la ponction avec la seringue de Pravaz*, le diagnostic de *pleurésie*. C'est dire qu'une petite quantité de liquide avait été retirée, et le début de l'affection remontait à quinze jours seulement. L'exsudation qui accompagne la spléno-pneumonie peut donc se montrer dès le début de l'affection, comme à la fin. Ajoutons que, dans un cas, M. Faisans a observé une pleurésie purulente enkystée au déclin d'une spléno-pneumonie (1).

Nous verrons, à propos du diagnostic, qu'il est assez commun également d'observer au début de la maladie une modification des signes telle que l'on se croit en présence d'une pleurésie en voie *d'accroissement* (2). On se décide à faire une ponction qui, la veille, ne paraissait pas nécessaire et qui reste blanche.

Le *signe du sou* a donné à l'oreille une transmission très nette, plus nette que dans les cas de pleurésie. C'est une particularité qui n'a été notée dans aucun cas (3).

Enfin, nous insisterons sur le mode de début, qui a été insidieux, malgré la brusque apparition de certains symptômes. Ce mode de début est très commun, si l'on s'en rapporte aux observations citées par M. Bourdel. Les prodromes sont fréquents, mais de tous les prodromes c'est le point de côté qui est le plus souvent signalé ; il *n'interromp pas le travail, la vie ordinaire*, et siège *au*

---

(1) Observ. VI.

(2) Voir à ce propos dans la thèse de Waitz (Paris 1897), une observation prise dans le service de M. Galliard.

(3) Le signe du sou n'a été recherché que dans un cas relaté par M. Bourdel et dans un cas de M. Picot (*Bull. méd.*, 25 juillet 1902). Dans les deux cas, ils n'apportèrent aucun renseignement au sujet du diagnostic.

niveau même où apparaîtra, dix, quinze jours plus tard, une nouvelle douleur, avec fièvre et signes de congestion cette fois. Nous verrons plus loin que la spléno-pneumonie est souvent de nature tuberculeuse ; il ne semble pas toutefois que l'on puisse jusqu'ici tirer partie de ce mode insidieux de début comme indice de tuberculose.

Au contraire, un certain nombre d'observations présentent des particularités, qui jusqu'ici n'avaient pas été signalées. Ainsi l'unilatéralité des lésions serait un phénomène constant, d'après M. Bourdel M. Barth a cependant signalé, dans deux observations, la participation de la maladie aux deux poumons.

Observation II

Spléno-pneumonie (1)

Vous pouvez suivre depuis quelques jours un homme soigné dans notre salle Delpech ; il est âgé de 47 ans, alité depuis peu.

Notre homme est de robuste constitution et a toujours été bien portant ; son métier de terrassier exige d'ailleurs une santé vigoureuse. On retrouve, il est vrai, quelques indices de strume dans sa jeunesse ; il a été atteint de gourme, dit-il, et s'est trouvé longtemps porteur de ganglions cervicaux plus ou moins volumineux, mais il s'est fortifié avec le temps et tous ces signes se sont amendés progressivement pour disparaître avec l'âge adulte.

Quinze jours avant son entrée dans notre service, s'étant trouvé exposé au froid humide, il en a violemment subi l'effet ; quelques frissons s'en sont suivis, peu intenses et de courte durée, puis de la dyspnée, de la gêne thoracique, mais aucune sensation de point de côté. Notez bien, en passant, cette absence de point de côté ; elle constituera pour le diagnostic un moyen différentiel précieux ;

(1) Barth. *Gaz. de méd. de Paris,* 10 mai 1890.

nous insisterons d'ailleurs sur les signes qui nous ont permis d'affirmer ici une spléno-pneumonie.

En même temps que les phénomènes que nous venons de signaler, il s'est déclaré un très léger mouvement fébrile : c'est là une particularité remarquable qui distingue l'affection de la pleurésie. De plus, le malade s'est pris à tousser, et cette toux s'est accompagnée d'une expectoration consistant en crachats dans lesquels il a remarqué quelques stries sanguinolentes. Cet état de choses s'aggravant et venant à l'inquiéter, il se présente à l'hôpital et vient réclamer nos soins.

Nous constatons alors que la fièvre a complètement disparu et que l'état du poumon constitue le point le plus important des symptômes. Il existe de la toux, de la gêne respiratoire, mais sans douleur locale, sans point de côté. Le malade crache et l'expectoration consiste en crachats muqueux, semi-opaques, de consistance gommeuse, sans filets sanguins d'aucune sorte.

Dans la poitrine, l'auscultation permet de reconnaître en avant quelques râles sonores disséminés, râles de bronchite sans caractère bien spécial ; mais, en arrière, les signes stéthoscopiques sont autrement significatifs. A gauche, nous trouvons une matité considérable, complète à la base du poumon, incomplète plus haut, où elle décroît peu à peu à mesure que l'on se rapproche du sommet. Sur toute l'étendue de cette matité, il est aisé de percevoir un souffle tubaire doux, et cependant intense, ressemblant assez à celui de la pleurésie et s'entendant à la fois dans l'inspiration et l'expiration. Ce souffle remplace le murmure vésiculaire qui a complètement disparu ; on n'entend guère que quelques râles fins, et cela seulement dans les grandes inspirations, ou encore en commandant au malade de tousser fortement.

Il existe encore un autre phénomène, qui appartient à la pleurésie : c'est de l'égophonie, mais de l'égophonie incomplète, ayant son maximum dans la fosse sous-épineuse et s'entendant jusque vers l'aisselle ; au-dessous de ce point, elle disparaît et est remplacée par une autre modification de la conduction pulmonaire, par de la pectoriloquie aphone, très nette au chuchotement du malade.

Du côté droit, les phénomènes sont beaucoup moins accentués, mais sont analogues cependant à ceux que nous avons constatés à gauche ; la matité de la base est représentée par de la submatité

qui devient moindre vers le sommet ; le souffle moins intense se retrouve dans l'aisselle et cette situation, éloignée du premier, permet d'affirmer que ce n'est pas un bruit propagé, mais un phénomène propre au poumon droit ; le murmure vésiculaire est affaibli sans avoir complètement disparu, et l'on trouve, dans les secousses de toux ou les profondes inspirations, des râles fins qui s'étendent presque jusqu'à la base du poumon, ce qui indique que le viscère n'est pas éloigné, mais au contraire assez rapproché de la paroi thoracique.

On nous avait envoyé le malade comme atteint de pleurésie gauche avec épanchement, et, au premier abord, ce diagnostic eût pu paraître exact, grâce au souffle doux, voilé, tel que l'on le retrouve dans cette maladie, à la pectoriloquie aphone, à l'égophonie, enfin à la réunion des symptômes telle que nous l'avons constatée tout à l'heure. Mais différentes particularités nous empêchèrent de nous fixer à ce diagnostic et nous portèrent à examiner les symptômes de plus près. D'abord nous fûmes frappé par l'absence du point de côté qui manque si rarement dans la pleurésie, et de même par la pauvreté de la réaction fébrile. Et puis ce n'est pas une toux sèche qui a été notée au début, mais au contraire une toux accompagnée d'une expectoration abondante, avec crachats nombreux, muqueux, opaques, de consistance gommeuse ainsi que l'on le voit dans les phénomènes congestifs du poumon ; l'état des bronches, d'ailleurs peu atteintes, ne permettait en aucune façon de rapporter cette expectoration à une inflammation de ces dernières.

Enfin, à en juger par la matité si considérable à la base gauche, on eût dû constater quelque déplacement des organes voisins ; or, le cœur n'en avait subi aucun ; il n'existait point d'abolition de la sonorité de l'espace de Traube, ainsi qu'on le voit dans les pleurésies à épanchement abondant, le liquide s'infiltrant alors pour écarter la plèvre diaphragmatique du feuillet pariétal ; la matité et le souffle étaient nettement localisés en arrière et ne changeaient point de siège, même si le malade restait assis pendant quelques instants, modifiant ainsi la déclivité des plans. En dernier lieu, l'existence à droite de symptômes analogues, mais atténués il est vrai, nous portait à exclure une lésion de la plèvre, les pleurésies doubles s'observant peu fréquemment ; de plus, la matité des ba-

ses n'empêchait que relativement d'entendre des râles fins, peu nombreux il est vrai, mais nettement situés à peu de distance de la paroi.

C'est ainsi que nous fûmes amené, par l'étude approfondie de chaque symptôme, à rejeter le diagnostic de pleurésie avec épanchement, à nous rallier plutôt à celui de congestion pulmonaire ou de spléno-pneumonie, tout en nous réservant d'en établir la confirmation par l'évolution des phénomènes.

Vésicatoire *loco dolenti*, sulfate de quinine, potion kermétisée, tel fut le traitement institué, et trois jours après nous pouvions observer une modification remarquable des symptômes dans le sens favorable. Nous ne trouvions plus à la base gauche qu'une zone de matité peu étendue et incomplète avec râles fins perceptibles jusqu'en bas, et qu'un souffle très affaibli, conservant à peine son caractère tubaire.

A droite, les changements étaient plus accentués encore, le poumon ayant subi une atteinte moins grande ; plus de matité ni de souffle d'aucune sorte. Si l'on avait à ce moment examiné ce côté pour la première fois, jamais on n'eût pu penser à un état morbide net existant hier encore et dont la résolution eût été si rapide ; on l'eût tout simplement déclaré sain.

Les jours suivants, les phénomènes continuèrent à s'améliorer ; l'engouement du poumon gauche tomba graduellement, l'expectoration cessa d'être gommeuse, filante, pour reprendre des caractères à peu près normaux ; l'appétit revint vite ; en un mot le retour à la santé fut rapide et complet dans un très court laps de temps.

Ici, on le voit, les deux poumons sont envahis *simultanément*, ou à peu de chose près ; lors de l'entrée à l'hôpital, les phénomènes existent des deux côtés. Mais l'un des poumons reste très peu atteint, et se dégage plus rapidement que l'autre, en trois jours.

Observation III

Spléno-pneumonie grippale droite (1)

Cette observation concerne un homme de 60 ans, de constitution robuste, qui vint me consulter vers la fin de l'automne dernier, avec des symptômes de fièvre catarrhale, de grippe assez légère. Cinq jours après, je le revis de nouveau ; la toux était fréquente ; il existait de la gêne thoracique à droite, sans point de côté; à la base du même, l'oreille percevait des bouffées de râles fins très nombreux, et la percussion donnait une diminution notable de la sonorité; pas de souffle tubaire, ni d'expectoration, ni de fièvre forte. En somme, je me trouvais en face d'une simple congestion pulmonaire ; mais le lendemain, c'est-à-dire en 24 heures, les symptômes prirent une tout autre allure ; la matité était complète dans le tiers inférieur du poumon droit avec souffle tubaire doux mais intense, perçu dans l'inspiration et l'expiration, sans aucun râle. C'était l'aspect d'une pleurésie, avec égophonie, vibrations thoraciques abolies, pectoriloquie aphone ; seulement le point de côté manquait et était remplacé par une simple gêne respiratoire ; il n'y avait pas non plus le bouton diaphragmatique de la pleurésie droite. Dans les fortes secousses de toux et dans les inspirations profondes, on parvenait, cependant, à saisir jusqu'en bas quelques râles fins, ce qui permettait d'affirmer qu'il n'y avait pas ou qu'il n'y avait que peu d'épanchement liquide.

Les jours suivants, la matité augmenta et avec elle les signes de pseudo-épanchement ; mais en même temps se montrèrent à gauche des symptômes analogues, quoique bien atténués. Le cours de l'affection fut moins rapide que chez notre homme de la salle Delpech. Grâce à des révulsifs énergiques et répétés, l'amélioration finit par apparaître au bout de trois semaines seulement ; la matité diminua progressivement, et la perméabilité finit par se rétablir ; mais à aucun moment l'on ne perçut de bruit de frottement. Le côté gauche, moins malade que le droit, se dégagea aussi plus vite et le rétablissement complet eut lieu la quatrième semaine.

---

(1) Barth. — *Loc. cit.*

Il s'agit d'une spléno-pneumonie grippale. Comme dans l'observation précédente, les signes physiques se perçoivent des deux côtés. Les deux poumons sont atteints presque simultanément, le poumon le moins atteint se dégage plus rapidement que l'autre. Dans l'observation qui va suivre, les deux poumons ne sont envahis au contraire que l'un après l'autre, à un mois d'intervalle.

Observation IV

Congestion pulmonaire à forme spléno-pneumonique siégeant à gauche (1)

Le 2 mars 1898, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, lit n° 13, le nommé Alphonse Lar..., âgé de 49 ans. Ce malade est entré pour un point de côté assez violent, datant de 3 jours, siégeant à gauche, déterminant une vive dyspnée. Cette douleur s'est installée progressivement, accompagnée de céphalalgie, d'insomnie, de sueurs nocturnes, d'anorexie et de quintes de toux répétées, surtout marquées le soir et suivies d'une expectoration verdâtre non fétide. Les pommettes sont fortement colorées, la température 39° 2, le pouls est à 90. L'ampliation respiratoire est considérablement diminuée à gauche, les espaces intercostaux sont plus effacés à droite et le diamètre thoracique est sensiblement augmenté du côté gauche de la cage thoracique.

La matité est absolue dans toute la hauteur du poumon gauche ; c'est une vraie matité de bois, si on percute fortement, mais moins nettement ligneuse à une percussion légère pratiquée doucement et légèrement par un seul doigt sur un seul doigt appliqué sur le thorax, qui donne un son moins mat à la base qu'au sommet. Les vibrations thoraciques à gauche sont complètement abolies dans toute la région mate, c'est-à-dire depuis le sommet jusqu'à la base. L'auscultation à gauche ne révèle aucun souffle, ni son, ni bruit

(1) Caussade et Laubry. — *Soc. méd. des Hôp.*, 10 mars 1899.

morbide ou physiologique, soit que le malade respire, soit qu'il parle à voix haute ou basse. Il n'y a donc ni murmure vésiculaire appréciable, ni bronchophonie, ni broncho-égophonie, ni pectoriloquie aphone. Cependant, après quelques quintes violentes de toux, on perçoit à gauche un très léger souffle lointain, très voilé, très faible dans la région de l'aisselle, et encore n'est-il pas toujours appréciable. Tels sont les signes constatés à gauche et en arrière. A gauche et en avant, et sous la clavicule, les signes sont les mêmes : matité absolue à la percussion forte, matité moins prononcée à une percussion légère, disparition de l'espace de Traube. Silence complet à l'auscultation de la respiration et de la parole.

Le cœur est dévié ; il bat près de la ligne mamelonnaire ; ses bruits sont nets et réguliers.

Le poumon droit est indemne ; il respire normalement, mais la respiration y est puérile et exagérée. Le malade se couche de préférence et dort sur le côté gauche.

Que conclure en présence de pareils signes et symptômes si ce n'est que le malade est atteint d'épanchement pleural gauche abondant, que cet épanchement doit être chiffré à 3 litres et qu'une ponction est nécessaire, urgente, et qu'elle doit être pratiquée immédiatement ?

Ce diagnostic est très plausible et, cependant, nous le rejetons; il n'y a pas une goutte de liquide dans la plèvre gauche. Il s'agit d'une congestion massive et non d'une pneumonie massive qui, à un certain moment, s'était imposée à notre esprit. L'épanchement pleurétique ne peut être admis pour les raisons suivantes : la matité n'est pas une matité hydrique ; par la percussion légère pratiquée dans les conditions indiquées ci-dessus, nous pouvons l'affirmer ; le cœur n'est pas dévié comme il devrait l'être si la plèvre contenait 3 litres de liquide, et nous savons qu'avec les signes que nous venons d'énumérer, si on admet un épanchement, cet épanchement ne peut être inférieur à 3 litres ; d'autre part, si on ausculte minutieusement le poumon après plusieurs efforts de toux prolongée, on perçoit quelques très légers et fins frottements à la base. Ce signe cherché en dernier ressort nous permit d'être catégorique. De pleurésie, il ne pouvait plus en être question. D'ailleurs, si les commémoratifs étaient exacts, en trois jours un aussi vaste épanchement n'aurait pu se constituer.

Quant à la pneumonie massive, l'évolution seule de l'affection pouvait nous éclairer à cet égard. L'affection évolua de la façon suivante :

L'expectoration devient plus abondante vers le 20 mars. A ce moment les quintes de toux étaient moins fréquentes, la dypsnée était moins impérieuse, moins violente, mais l'état général paraissait aussi grave que les premiers jours. La température qui avait oscillé entré 39° et 40°1, après s'être abaissée le 18, dans la soirée, jusqu'à 37°6, remontait à 39 degrés le lendemain.

La courbe de température, disons-le tout de suite, fut pendant toute la durée de la maladie, capricieuse telle qu'on n'en a jamais rencontré dans aucune pneumonie massive. Le pouls était assez faible, mais régulier. Le malade commençait à maigrir. Rien cependant ne justifiait l'idée de tuberculose. Cependant pour mettre de mon côté toutes les certitudes, pour lever quelques doutes qui persistaient dans l'esprit des élèves qui suivaient la visite et pour déterminer la nature de la congestion pulmonaire, je me décidai d'abord à pratiquer une ponction exploratrice dans le poumon et ensuite à examiner les crachats. Comme les signes stéthoscopiques ne s'étaient pas modifiés à cette date du 20 mars, nous étions dans les mêmes conditions que le jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

La ponction exploratrice ne nous permit de retirer que quelques gouttes de sang non aéré ni spumeux, preuve indéniable de l'imperméabilité du poumon et de la condensation de son parenchyme, et preuve certaine de l'absence de liquide. Quant aux crachats, ils étaient nettement purulents et, de plus, très abondants. Ce symptôme indiquait la liquéfaction de l'exsudat pulmonaire qui, vu son abondance, devait se faire rapidement.

Instruit par un exemple semblable constaté dans le service de notre maître, le professeur Dieulafoy, alors qu'il était chef de service à l'hôpital Necker, nous ne nous attendions pas cependant à pareille éventualité. L'avenir nous a prouvé que nous avions raison.

Les crachats furent examinés et inoculés à une souris blanche. Ils contenaient du pneumocoque Talamon-Fraenkel à l'état de pureté. La souris qui reçut en inoculation sous-cutanée quelques gouttes de l'expectoration recueillie aseptiquement, mourut dans les dix-huit heures. Avec le sang de son cœur et avec des frottis des

fragments de ses poumons faits sur lamelles, on obtint des pneumocoques Talamon-Fraenkel purs. Par la méthode de Ziehl, il ne fut pas possible de déceler la présence de bacilles tuberculeux de Koch.

A la fin du mois de mars, les signes stéthoscopiques commencèrent à se modifier. A mesure que l'expectoration augmente d'abondance et change légèrement d'aspect (elle est devenue spumeuse et légèrement rougeâtre sans qu'on ait constaté ni sang ni stries sanglantes), le sommet gauche seul tend à se dégager alors qu'à la partie moyenne du même côté et à sa base, on entend un souffle qui prend par instant les caractères d'un souffle plutôt pleurétique, plutôt expiratif, et qui, comme timbre, est intermédiaire entre le souffle aigre de la pleurésie et le souffle tubulaire de la pneumonie. En même temps, dans les parties supérieures du poumon gauche on perçoit, et à ce niveau seulement, les vibrations thoraciques ; dans la même région apparaissent des râles sous-crépitants qui sont d'autant plus humides et fins qu'on ausculte les parties supérieures de ce poumon gauche. A la base et toujours du même côté persistent les frottements du début.

A cette époque (31 mars) la température descend en deux jours en ligne droite, sans faire escalier, à la normale. Est-ce une crise ? Cette chute de température est-elle définitive ? Il n'en est rien. Le 1er avril, c'est-à-dire le lendemain, la fièvre se rallume ; à partir de ce moment, elle oscille entre 38°, 39°, 38°6, retombe à la normale le 5 avril, et à partir de ce moment, se maintient entre 37°6 et 38°4.

Cette nouvelle poussée fébrile est le point de départ de l'extension de la lésion. Le poumon droit est envahi de bas en haut. Le 15 avril, à mesure que cette nouvelle poussée congestive droite s'étale des parties inférieures à la moitié du poumon droit, qu'elle ne dépasse pas toutefois (submatité, râles sous-crépitants fins, humides, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration, bronchophonie), la congestion à gauche se retire lentement et insensiblement du sommet vers la partie moyenne du poumon. A ce niveau, et toujours lentement et insensiblement, apparaissent les mêmes signes qui, comme au sommet, se substituent peu à peu au grand silence respiratoire du poumon, c'est-à-dire submatité, réapparition des vibrations thoraciques et apparition d'un souffle plutôt de nature pleurétique, bouffées de râles sous-crépitants fins et très humides, bronchophonie.

L'aspect du malade, sa teinte terreuse, son amaigrissement très prononcé, l'expectoration quinteuse, purulente, très abondante mais aérée cette fois, les oscillations de la température, tous ces symptômes pourraient faire redouter la bacillose, une pneumonie caséeuse. Pour lever tous les doutes, les crachats sont recueillis aseptiquement, examinés de nouveau et inoculés à une souris blanche et à un cobaye. Ces différentes opérations ont lieu dans les premiers jours du mois de mai et nous ont donné les résultats suivants : les crachats contenaient seulement des pneumocoques Talamon-Fraenkel avec quelques cocci, mais pas de bacilles tuberculeux de Koch. La souris est morte dix-huit heures après avoir reçu 8 gouttes des crachats en inoculation sous-cutanée.

Le cobaye n'est pas mort spontanément. Il a été sacrifié au bout de quatre semaines. A l'autopsie, il n'y a pas trace de tuberculose ; néanmoins les poumons furent examinés par frottis sur lamelles, et à leur examen, après coloration par les réactifs spéciaux, on ne trouva pas de bacilles tuberculeux.

Ces derniers résultats n'apportèrent, bien entendu, qu'ultérieurement la démonstration absolue de l'absence de tuberculose, mais les premiers résultats de nos recherches établissaient déjà que la tuberculose n'était pas en cause et ils prouvaient que l'infection restait toujours une pneumococcie avec un agent aussi virulent que les premiers jours.

Pendant la fin du mois de mai, c'est-à-dire du 5 au 29, l'exsudat continua à se liquéfier à gauche, mais lentement ; le 29 mai les vibrations thoraciques commencent à se percevoir légèrement à la base ; il y a toujours une légère submatité, la respiration ne s'entend que difficilement et encore est-elle un peu rude ; il existe de nombreux râles sous-crépitants toujours très fins et très humides, mélangés à des frottements ; il n'y a plus de souffle. C'est là, en un mot, la reproduction de tous les signes stéthoscopiques qui se sont toujours substitués, dans cette rétrocession à marche descendante du processus, au grand silence respiratoire du début, et à la disparition desquels la respiration redevient entièrement normale.

Pour avoir la certitude qu'il n'y a pas de liquide même à ce moment, ou aucune collection purulente enkystée, on pratique, avec une longue aiguille de 9 centimètres, différentes fonctions pulmonaires plus ou moins profondes à plusieurs niveaux le long de la li-

gne axillaire, et en plein dans la région thoracique postérieure, soit aux 3mes, 5mes, 6mes, et 8mes espaces intercostaux ; les ponctions furent blanches. A droite, les signes stéthoscopiques étaient restés sensiblement les mêmes que dans les premiers jours d'avril.

Pendant tout le mois de mai, la courbe thermique est montée jusqu'à 39 degrés, mais le plus souvent s'est maintenue dans les environs de 38 degrés. L'expectoration est toujours très abondante ; elle n'est pas fétide, elle ne l'a jamais été et ne l'est devenue à aucun moment de l'évolution de la maladie, mais à présent elle est plutôt muco-purulente, et plus aérée que précédemment. La toux est plus vive, plus violente, plus douloureuse, et toujours aussi quinteuse qu'au début. L'état général est aussi déprimé, l'amaigrissement aussi marqué qu'il y a un mois, les forces sont très diminuées.

Mais le facies est plus coloré, la teinte n'est plus terreuse.

Le 29 mai nous faisons un nouvel examen des crachats, recueillis dans des conditions aseptiques rigoureuses. A ce nouvel et dernier examen, nous trouvons encore des pneumocoques Talamon-Fraenkel ; ils sont purs, et ils sont aussi virulents que la première fois : 8 gouttes de crachats diluées dans l'eau amènent la mort d'une souris blanche en dix-huit heures.

Le sang du cœur et les poumons sont farcis de pneumocoques.

Dans cette dernière période qui s'étend du 29 mai jusqu'au 30 juin, époque à laquelle le malade entra définitivement en convalescence, la fièvre s'abaissa progressivement, insensiblement, tombant à la normale le 15 juin pour fournir une dernière courbe se chiffrant par 37°5, 37°8, 38 degrés, et finalement la courbe thermique se détendit, atteignit 36°8 le 30 juin. Cette période terminale est marquée par la résolution complète de la congestion du poumon gauche, survenue vers le milieu du mois de juin, et par la disparition plus rapide du second foyer qui, apparu un mois après le premier, constitué assez rapidement, resta immobile pendant deux mois environ, sans passer comme le poumon gauche par ces phases successives de silence respiratoire, puis de bouffées congestives et finalement de retour à la respiration normale. A cette période terminale, l'expectoration, déjà très abondante, augmenta encore, changeant légèrement de nature, elle devint plus aérée, visqueuse, plus muco-purulente ; elle s'obtenait toujours au prix des plus péni-

bles efforts et de quintes de toux de plus en plus longues, prolongées et douloureuses.

Le 3 juillet, cette expectoration, qui était le seul symptôme persistant, cessait à peu près et la guérison pouvait être considérée comme complète. Le malade allait à Vincennes le 13 juillet.

L'envahissement du second poumon, le poumon droit, n'a lieu, avons-nous dit, qu'un mois après l'envahissement du premier ; à ce moment la fièvre remonte ; il n'y a pas de nouveau point de côté.

Ici, contrairement à ce qui se passe dans les deux cas précédents, la congestion n'est pas atténuée du côté droit, mais elle reste *limitée* à la moitié inférieure. Le poumon gauche est totalement atteint, et d'emblée. Enfin, à mesure que la lésion s'étend au côté droit, le poumon se dégage à partir du sommet. (1)

Mais, fait observé dans les deux cas précédents, le poumon pris en dernier lieu se dégagera le premier.

Signalons en passant ce fait que la température est *capricieuse ;* les oscillations du début sont faibles ; la température, au bout de quatre semaines « *descend, en deux jours, en ligne droite, sans faire escalier, à la normale* ». La fièvre se rallume au moment où le poumon droit est envahi. De nouveau il y aura quelques oscillations. A la dernière période seulement, la température, en rapport avec ce que l'on observe d'ordinaire, s'abaisse progressivement, insensiblement. D'après M. Méry (2), ce cas pourrait être considéré comme *chronique ;* mais il est à

---

(1) Ce fait présente un intérêt d'autant plus grand que la nature pneumococcique de l'affection a été révélée, et la tuberculose mise hors de cause, à la suite d'injections faites à un cobaye.

(2) Art. Spléno-pneumonie (*Tr. de méd. et de thérap.* de MM. Brouardel, Gilbert et Girode).

remarquer que la forme chronique décrite par M. Grancher est presque apyrétique.

Enfin signalons la disparition de la sonorité de l'espace de Traube, et l'absence de tout phénomène stéthoscopique, dont on a fait un caractère de spléno-pneumonie grippale (1), et qui donna lieu à penser, tout au début, que l'on avait affaire à une pneumonie massive.

Un second caractère qui a été considéré comme appartenant à la spléno-pneumonie, c'est l'*immutabilité des signes physiques*, jusqu'à ce que les phénomènes de résolution apparaissent. Les troubles fonctionnels disparaissent, d'après la description de M. Bourdel, bien avant que les signes physiques aient subi la plus légère modification.

Dans les deux observations suivantes, on verra qu'il en peut être autrement.

Observation V (2)

M. X..., âgé de 33 ans, influenzé depuis quelques jours, vers la fin de novembre 1890 (courbature, céphalalgie, inappétence, légers frissons), prend froid à la sortie du théâtre, le 3 décembre. Pendant la nuit, dyspnée légère, point de côté à droite, sous le mamelon et en arrière au-dessous de la pointe de l'omoplate. Le 4 décembre, nous trouvons le malade dans son lit, un peu gêné pour respirer, surtout s'il veut rester sur le dos ou sur le côté malade. Sa température axillaire est de 39°5. Sa langue est saburrale. La céphalée, supportable les jours précédents, est très vive. Elle s'exagère par la pression des globes oculaires.

---

(1) Lemoine. *Congrès de méd. de Montpellier, 1898.*

(2) Florand, *Méd. mod.*, 30 novembre 1892.

Rien à l'inspection ni à la palpation de la poitrine. Les vibrations sont transmises par la paroi thoracique. La percussion dénote une légère submatité de la partie moyenne et de la base droite. A l'auscultation, affaiblissement très marqué du murmure vésiculaire sans aucun autre signe apparent.

Toux sèche très modérée sans expectoration. Pouls régulier à 110. Nous pensons au début d'une pneumonie grippale.

Le surlendemain, 5 décembre, la température marque 38°5. Les signes fonctionnels sont moins accentués, mais les signes physiques sont devenus d'une netteté et d'une précision beaucoup plus grandes. Il existe une ampliation visible du thorax du côté droit. Le foie est *légèrement abaissé*. Les vibrations sont très diminuées. La matité est complète depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure. Enfin, on entend un souffle doux, dit souffle pleurétique, avec égophonie et pectoriloquie aphone. En avant, la matité remonte moins haut. Il existe du skodisme dissocié au sommet. Augmentation du son et des vibrations ; diminution de la respiration. La toux était un peu moins quinteuse que dans la pleurésie et s'accompagnait d'une légère expectoration gommeuse. Je pensai à une congestion pulmonaire grippale avec lame peu épaisse d'épanchement, me réservant d'attendre pour intervenir d'une façon quelconque et me bornant à soutenir les forces du malade et à lui donner de l'antipyrine et de la quinine.

Trois jours après, le 9 décembre, la matité était absolue et remontait plus haut. Le souffle pleurétique, l'égophonie, la pectoriloquie, avaient fait place à un silence respiratoire complet. Le malade avait un peu plus d'oppression et comme sa fièvre était à peu près tombée, 37°8, j'annonçai mon intention de faire une ponction le lendemain à l'aide du trocart le plus fin de l'appareil Potain, en prévenant que je pourrais fort bien ne pas retirer de liquide.

En effet, le 10 décembre, je fis une ponction dans le septième espace sur la ligne axillaire et je pénétrai franchement dans le poumon qui semblait offrir au trocart une masse plus résistante. Le retrait lent de celui-ci ne donna lieu à l'issue d'aucune goutte de liquide. Il était évident que j'avais pénétré dans le poumon condensé pour ainsi dire.

Je fus assez étonné de trouver le surlendemain une légère modification des signes physiques. Bien que la matité fût aussi

considérable, il existait vers la partie moyenne du poumon quelques fines crépitations superficielles que l'on aurait pu à la rigueur prendre pour des frottements. Mais elles devenaient plus abondantes et plus nettes dès que l'on faisait tousser le malade, et l'expectoration gommeuse, nulle depuis quelques jours, avait reparu plus abondante et légèrement sanguinolente. Elle contenait des pneumocoques qui furent retrouvés à trois reprises différentes. On aurait pu vraiment croire que la ponction à blanc avait amené un heureux résultat, car le malade accusait des signes fonctionnels bien moins accentués et attribuait lui-même à l'opération le bien-être ressenti.

Le 16 décembre, on retrouvait dans le thorax du malade les mêmes signes physiques que le 10. Peu désireux de tenter une nouvelle ponction et sûr du diagnostic de spléno-pneumonie, j'appliquai un large vésicatoire qui me ramena au résultat obtenu après la ponction. La matité était bien moindre, le souffle avait reparu, la température était revenue à un chiffre normal, 37°5. Aussi je n'hésitai pas à appliquer un second vésicatoire qui laissa d'ailleurs les choses en l'état. Le malade n'avait cependant plus aucune gêne respiratoire et seuls les signes physiques qui persistaient m'obligeaient à prescrire le repos à la chambre. Je fus même forcé, en présence de la persistance de ces signes physiques, avec variations presque quotidiennes d'étendue et d'intensité, avec absence complète de signes fonctionnels et état général excellent, de conseiller au malade une convalescence qu'il alla faire au Caire. Il s'y trouva si bien qu'il n'y vit pas de médecin et qu'il s'appliqua *proprio motu* deux autres vésicatoires. Quand il revint à la fin de février, sa respiration était tout à fait normale et pure dans toute l'étendue de son poumon droit. Il avait notablement engraissé et depuis cette époque l'auscultation minutieuse de sa poitrine, pratiquée à diverses reprises, n'a révélé aucun fait anormal.

Cette observation nous a semblé très typique. Le siège de l'affection à droite en constitue le fait le plus anormal. Il semble en effet que la spléno-pneumonie se rencontre presque toujours à gauche, et spécialement peut-être la spléno-pneumonie grippale. Notre ami Delpeuch qui a observé 8 cas dans la grippe, les a toujours rencontrés à gauche. Il prétend que la spléno-pneumonie est pour lui la seule manière d'être de la congestion grippale. Nous nous borne-

rons à signaler la mobilité et la variabilité des signes physiques observés chez notre malade et la modification heureuse qui a suivi la ponction exploratrice.

Il s'agit ici encore d'une spléno-pneumonie *grippale*. Le souffle pleurétique, l'égophonie, la pectoriloquie, on le voit, font place à un silence respiratoire complet; le malade en même temps accuse un *peu plus d'oppression*. Le surlendemain apparaissent quelques fines crépitations superficielles ; *l'expectoration avait reparu*. L'expectoration, en rendant les bronches plus perméables permit d'entendre ces crépitations ; l'oppression, plus marquée l'avant-veille, et coïncidant avec le silence absolu, était en rapport au contraire avec l'imperméabilité des bronches et l'absence d'expectoration.

C'est l'explication que donne M. Grancher de la mobilité des signes physiques, qu'il a observée dans un cas de *spléno-pneumonie tuberculeuse*. Dans ce cas les vibrations elles-mêmes étaient modifiées du jour au lendemain, supprimées lorsque l'expectoration était supprimée, augmentées lorsque l'expectoration avait été abondante. Dans l'observation suivante, cette mobilité est signalée également.

Observation VI

Spléno-pneumonie droite, d'origine grippale ; pleurésie purulente métaspléno-pneumonique (1)

(Résumée).

X.., 21 ans, habituellement d'une bonne santé, prit froid en août 1891, toussa et dut s'aliter. On diagnostiqua une pleurésie, mais la maladie ne dura que 15 jours, et la santé redevint parfaite.

---

(1) Faisans, *Soc. méd. des hôp.*, 22 juillet 1892.

A la suite d'un nouveau refroidissement : frissonnements, fièvre, céphalalgie, courbature, inappétence ; — enrouement, coryza, toux. Après quelques jours de repos, le malade sort par un temps pluvieux. Le 1er décembre, nouveaux frissons, fièvre ; douleur sous le sein droit, toux sèche, pénible ; expectoration peu abondante composée de deux parties : crachats muco-purulents, épais d'une part ; liquide clair, visqueux et filant, analogue à une solution de gomme d'autre part.

A la base du poumon droit dans le quart inférieur, matité, suppression des vibrations thoraciques, souffle doux, expiratoire, égophonie, pectoriloquie aphone.

Diagnostic : pleurésie avec petit épanchement et congestion pulmonaire (à cause de l'expectoration).

Le lendemain, légère voussure, matité absolue, suppression des vibrations vocales, mais plus de souffle, murmure vésiculaire supprimé, même dans les respirations forcées ; broncho-égophonie, pectoriloquie aphone (peu nette) ; dans les fortes inspirations, crépitations discrètes, fines, superficielles, ces signes occupent le tiers inférieur de la partie postérieure du poumon.

Traitement : Cataplasmes sinapisés ; sulfate de quinine, 1 gram., antipyrine, 2 gram., grogs, potion calmante au sirop de codéine.

Le 5 décembre, les signes du premier jour reparaissent ; l'expectoration avait été abondante pendant la nuit.

Le 6 décembre, de nouveau le souffle a fait place à la disparition du murmure vésiculaire ; le 8, le souffle reparaît, mais il est rude et tient le milieu entre le souffle tubaire et celui de la pleurésie avec épanchement moyen. La voix est retentissante et chevrotante. Matité, suppression des vibrations.

Pendant cette période les troubles fonctionnels se modifièrent peu. Fièvre stationnaire en 38°5 et 39°. Transpirations abondantes qui diminuèrent avec la suppression de l'antipyrine. La toux, l'expectoration persistent.

Le 10 décembre, détente : la température descend au-dessous de 38° le soir ; la toux est moins fréquente. Cependant le malade n'accuse pas cette sensation de bien-être qui accompagne les améliorations véritables.

Le 14 décembre, violent frisson. T. : 40° ; nouveau point de côté. Dans le tiers inférieur du poumon, mêmes signes que les jours pré-

cédents. Mais la matité dépasse la moitié de la hauteur du poumon; et dans la région récemment envahie, vibrations supprimées, souffle plus fort et plus rude qu'à la base, crépitations fines et superficielles, plus espacées, moins sèches et moins régulières que celles du râle crépitant, prédominant à l'inspiration, mais s'entendant aussi à l'expiration.

Les jours suivants, les signes perçus dans le tiers moyen s'atténuèrent assez rapidement et tendirent à se rapprocher de ceux de la base ; le 20 décembre, il n'existait plus de différences entre eux. Dans toute la moitié inférieure du côté droit : matité absolue, absence totale de vibrations, souffle étalé, plus ou moins rude suivant les points, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Plus de râles. La voussure persiste.

La fièvre qui accompagna cette poussée fut de courte durée, mais prit, à partir du 20 décembre, une allure inattendue. Tandis que les températures du matin étaient très voisines de la normale, celles du soir atteignaient 39°, 39°5. Dans la première moitié du jour, le malade avait une sensation de bien-être et s'alimentait un peu. Mais à quatre heures du soir, il éprouvait des frissons, du malaise, devenait moite.

S'agissait-il de tuberculose ou d'une suppuration? A ce moment, les signes stéthoscopiques sont les suivants : dans la moitié inférieure de la partie postérieure du poumon, matité et suppression des vibrations absolues, mais le souffle s'adoucit peu à peu dans le quart inférieur tout en devenant plus rude au-dessus de cette région. Pas de râles. La voussure augmente, se circonscrit en arrière un peu au-dessus du quart inférieur, en dedans de la ligne axillaire postérieure. Le foie est un peu abaissé et s'abaisse chaque jour davantage; le 25 décembre, il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Légère infiltration de la peau.

Diagnostic : épanchement purulent *enkysté* (enkysté, — à cause de la circonscription des signes à la région postérieure).

Une ponction fut faite le 26 décembre avec l'aiguille moyenne de l'appareil de Potain, dans le huitième espace intercostal, sur une ligne prolongeant verticalement l'angle inférieur de l'omoplate. On ne retire ni sérosité, ni pus, ni sang, ni bulles d'air. L'aiguille fut retirée lentement.

Le lendemain, nouvelle ponction avec un trocart de moyen calibre,

dans le septième espace. Il s'écoula un pus liquide et crémeux (1|3 de litre). Injection dans la cavité de 20 grammes de liqueur de Van Swieten et de 40 grammes d'eau bouillie.

L'examen local, quelques heures après la ponction, fait constater les signes suivants : sonorité et vibration abolies, respiration très affaiblie, légèrement soufflante dans les respirations forcées.

Dès le lendemain, la fièvre remonte, affectant les allures d'une fièvre rémittente, ne descendant pas le matin au-dessous de 38° et dépassant le soir 39°. Il y a du souffle au niveau de l'endroit où fut faite la ponction ; au bout de cinq jours il est aussi intense qu'avant la ponction. Le foie dépassait de nouveau les fausses côtes.

Les signes d'épanchement pleural étant revenus, on pratiqua l'empyème ; on arriva sur le poumon *splénisé*. Il s'écoula beaucoup de sang. Les suites furent excellentes Le souffle, qui était le fait, non d'un épanchement, mais d'une nouvelle poussée de spléno-pneumonie, disparut, et le malade se remit très rapidement.

Comme dans l'observation qui précède, la mobilité des signes physiques est signalée. M. Faisans assigne surtout ce caractère à la spléno-pneumonie grippale, et il l'a rencontré fréquemment.

Cette même observation montre que plusieurs poussées peuvent survenir dans le cours de l'affection. Il se passe un phénomène analogue à celui qui est signalé dans les trois premières observations ; mais au lieu de se faire dans les deux poumons, les poussées surviennent du même côté ; comme dans les premières observations, la deuxième poussée s'atténue ici plus rapidement que la première.

Nous avons vu que l'on avait décrit à la spléno-pneumonie deux formes : une forme subaiguë, qui est la forme commune, et une forme chronique. La forme chronique se distingue de la forme subaiguë par sa longue durée et son apyrexie. La fièvre peut être supprimée complètement dès les premiers jours.

Les deux observations suivantes sont remarquables, au contraire, par leur durée très courte et l'intensité de la fièvre.

Observation VII

Spléno-pneumonie gauche (1)

Marcel C..., 29 ans, manœuvre, est entré à l'hôpital Saint-André, le 5 juin 1894, se plaignant d'un point de côté gauche qui l'empêche de respirer.

Cet homme n'a jamais été malade ; l'étude de ses antécédents héréditaires est négative.

Le 4 juin 1894 au soir, il a bu, étant en sueur, un grand verre d'eau glacée. En rentrant chez lui, à 8 heures du soir, il a ressenti des frissons répétés, en même temps qu'apparaissait un point de côté gauche très violent. Ces symptômes persistaient encore le lendemain matin après une nuit d'insomnie, le malade était oppressé et toussait ; la toux était pénible et quinteuse. La fièvre était vive.

C'est sur ces entrefaites qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital, où il est placé dans le service de M. le professeur Pitres, salle XVI, lit n° 11.

Au moment où nous l'examinons, 6 juin, la fièvre est vive (40°), le pouls fréquent (110).

Le point de côté persiste dans la région sous-mammaire gauche. La toux est pénible, sèche, quinteuse et suivie d'une expectoration visqueuse, blanchâtre, semblable à une solution de gomme; on y trouve quelques stries sanguinolentes. Le côté gauche est immobile, ne respire pas. Il est augmenté de volume (44 de ce côté, 41 1/2 à droite).

Dans les deux tiers inférieurs en arrière et à gauche, les vibrations vocales ont disparu ; la matité dans cette région est absolue. L'oreille appliquée dans cette zone mate y constate la disparition du murmure vésiculaire. On y perçoit, cependant, quelques fines

---

(1) Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques. Carrière, *Presse Méd.*, du 26 janvier 1898.

crépitations disséminées, fugitives, et qui n'existent guère que dans les fortes inspirations.

Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche on entend un souffle expiratoire aigre en *e*. Dans cette même région, il y a de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie.

Rien du côté droit.

En avant, pas de signe du cordeau. L'espace de Traube a conservé sa forme et ses dimensions normales. L'examen physique de cette partie de la poitrine ne nous révèle que l'existence du schéma de suppléance de Grancher.

Notre diagnostic demeurant hésitant entre pleurésie avec épanchement et spléno-pneumonie, nous pratiquons, avec les précautions habituelles, une ponction exploratrice au niveau du septième espace intercostal gauche, sur la ligne axillaire postérieure.

Nous ne retirons qu'avec peine la valeur d'un quart de centimètre cube d'une sérosité sanglante et visqueuse qui, comme nous le verrons plus tard, nous servira pour l'examen bactérioscopique. Une deuxième ponction ne nous donne que quelques gouttes de sérosité. Notre hésitation tombait devant cette ponction négative, et nous nous arrêtâmes au diagnostic de spléno-pneumonie gauche.

Les symptômes observés chez notre malade allèrent en s'amendant pendant les huit jours qui suivirent ; le point de côté et la dyspnée disparurent, la fièvre baissa progressivement, mais les signes stéthoscopiques restèrent sensiblement les mêmes.

Vers le dix-septième jour de la maladie, la respiration reparut, bronchique, rude, légèrement soufflante. L'égophonie fut remplacée par la broncho-égophonie, la sonorité reparut en même temps que les vibrations vocales, et l'on entendit, au niveau de la base gauche, de nombreux râles sous-crépitants à bulles moyennes.

Un mois après, le 6 juillet 1894, le malade était complètement guéri. Nous l'avons depuis totalement perdu de vue.

Les crachats, examinés au troisième jour de la maladie sur des lamelles colorées par la méthode de Lœffler, renfermaient de nombreux diplocoques, entourés d'une légère auréole, mais dont la capsule ne se voyait que sur les lamelles colorées par la fuchsine phéniquée. Ces diplocoques encapsulés prennent le Gram ; ils sont donc identiques par leurs caractères morphologiques au pneumocoque de Talamon-Fraenkel.

La sérosité visqueuse retirée par la ponction exploratrice étalée sur lamelles renfermait, elle aussi, des diplocoques encapsulés, colorables par le Gram.

Avec ce liquide, nous avons ensemencé des tubes de bouillon, qui se troublèrent après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 30°. Les microorganismes de cette culture étaient identiques à ceux des crachats et de la sérosité sanguine provenant du poumon, moins la capsule. Sur gélose, les ensemencements en stries donnèrent naissance à de petites colonies arrondies, à peine saillantes et transparentes.

Nous avons inoculé le bouillon de culture au troisième jour et au cinquième jour après l'ensemencement.

Le premier, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un lapin de 1.850 grammes, produisit les phénomènes suivants : au deuxième jour après l'inoculation, fièvre (40°), abattement, anorexie, frissons. Le troisième jour, fièvre (39°2), vomissements, diarrhée. Le cinquième jour, guérison.

La seconde culture, inoculée à un lapin de 1.942 grammes, dans le tissu cellulaire de l'oreille, produisit une légère inflammation locale, sans phénomènes généraux.

(*Voir la courbe II à la fin de ce travail).*

Un mois après le début de la maladie, deux semaines après l'apparition des premiers phénomènes de résolution, le malade est *complètement guéri.*

La température se maintient pendant cinq jours aux environs de 40°, puis descend peu à peu en *lysis* pour se rapprocher de la température normale le neuvième jour.

Dans l'observation qui va suivre, la durée semble avoir été plus courte encore, mais la température présente un caractère très spécial.

Observation VIII (1)

Spléno-pneumonie gauche

Recueillie dans le service de M. le Dr Saliège, à l'hôpital de Mustapha

D... Ch..., 18 ans, journalier, entre salle Harvey, le 19 février 1895.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ; lui-même a toujours joui d'une très bonne santé et offre encore une robuste constitution. Il nous raconte qu'ayant commencé à tousser, il y a huit jours environ, la toux aurait augmenté sensiblement depuis quatre jours; à ce moment seraient apparus un point de côté douloureux, de la fièvre, de la courbature dans la région lombaire et les membres inférieurs.

Actuellement, ces douleurs se sont amendées, mais la fièvre est continue et le malade se plaint de céphalalgie frontale.

Ce qui nous frappe tout d'abord chez ce jeune homme, c'est une dyspnée intense. Température : 40°8.

On examine son thorax qui fournit les renseignements suivants :

Côté Gauche		Amplexation	Augmentation très nette de volume. Pas de déviation du sternum *par le procédé du cordeau*.
	En arrière	Palpation	Vibrations abolies à la base ; très diminuées jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Normales au sommet.
		Percussion	Matité complète dans le 1/2 inférieur.
		Auscultation	Egophonie. Pectoriloquie aphone. Souffle expiratoire doux s'étendant dans le 1/2 inférieur. Au sommet : respiration légèrement soufflante. Tout à fait à la base : abolition de la respiration ; affaiblissement jusqu'au-dessus de l'angle de l'omoplate.
	En avant	Région sous-claviculaire	Percussion + Vibrations normales. Respiration —
		En bas	Diminution de l'espace de Traube. Respiration et vibrations affaiblies.

(1) Bourlier, *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 octobre 1896.

Le cœur semble déplacé vers la droite : le choc de la pointe ne se sent plus à la palpation, mais à l'auscultation, le maximum des bruits paraît s'entendre tout contre le bord sternal gauche. L'espace de Traube semble diminué, mais existe. — Du côté droit quelques légers râles sous-crépitants tout à fait à la base, et respiration supplémentaire dans toute l'étendue du poumon. — Langue épaisse, jaunâtre, un peu sèche. — Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le cœur ne présente rien d'anormal ; le pouls bat 112 à la minute.

En présence de tels signes, on porte le diagnostic d'épanchement pleurétique. On fait une ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz avec toutes les précautions voulues, en ayant soin d'enfoncer et de retirer peu à peu l'aiguille : il ne vient que des bulles d'air sanguinolentes, ce qui indique que l'on a pénétré dans le tissu pulmonaire.

Ne pouvant croire à l'absence de liquide malgré cette ponction blanche, une seconde ponction est pratiquée sans plus de résultat, puis trois autres à des niveaux différents. Mais aucune des 5 ponctions ne donne issue à la moindre goutte de liquide.

Il fallait donc abandonner notre diagnostic ; nous pensons alors à une spléno-pneumonie, tout en remarquant que le malade ne crache pas du tout.

Traitement : infusion de feuilles de digitale — 1 gramme.

Café alcoolisé ; potion de Todd ; — lait ; ventouses sèches.

Le 21 : mêmes signes que la veille.

La dyspnée, qui avait diminué après l'application des ventouses, a reparu aussi intense qu'hier ; mais le malade a expectoré des crachats visqueux, non aérés, ressemblant absolument à une solution de gomme arabique.

La température est remontée hier soir à 40°3.

A l'aspect de ces crachats qui ressemblent tout à fait à ceux que nous avions déjà eu l'occasion d'examiner une fois, et après avoir présenté de nouveau l'espace de Traube qui, quoique diminué, existait pourtant, nous posons alors le diagnostic de spléno-pneumonie.

Le 22 : dyspnée moindre ; — même matité à la base ; quelques crépitations fines à ce niveau.

P = 112 ; température axillaire = 38°3.

Du 22 au 23, la température oscille entre 39° et 40°3.

Le 24, la fièvre tombe tout à coup de 40°3 à 36°4. P = 100.

Même matité à la base, même souffle, même pectoriloquie aphone.

Le 25, presque plus de dyspnée, crépitations de la base persistantes.

Le 26, plus de dyspnée, les crachats redeviennent blancs. Souffle doux expiratoire. A partir du 27, la fièvre cesse complètement ; il persiste néanmoins de la matité de la base presque aussi complète que le premier jour, et les vibrations sont considérablement diminuées à la base.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore, les signes thoraciques se modifient peu à peu, la matité diminue ; la respiration et les vibrations réapparaissent graduellement ; l'appétit revient assez vite.

Néanmoins, au moment où le malade veut quitter l'hôpital, le 9 mars, il persiste de la submatité de la base, et les vibrations ainsi que la respiration sont encore affaiblies.

Ainsi, la fièvre a une durée de douze jours. C'est beaucoup, si l'on tient compte de la durée de la maladie.

Malgré qu'il persiste encore à la base des traces de l'affection au moment où le malade est perdu de vue, on peut considérer la durée de cette affection comme extrêmement courte, puisque le malade est en état de sortir le vingt-deuxième jour après le début.

La température, dans l'observation précédente, ne présentait pour ainsi dire pas d'oscillations ; ici, au contraire, les oscillations sont de plus de trois degrés. Le neuvième jour, le thermomètre descend de 40°3 à 36°4, brusquement, comme cela a lieu dans un grand nombre de maladies aiguës.

Dans l'observation qui va suivre, il s'agit d'une spléno-pneumonie dont les signes fonctionnels sont très atténués, presque latents, mais que sa courte durée différencie des formes chroniques. C'est une spléno-pneumonie grippale.

Observation IX (1)

Le nommé S..., enfant de 10 ans, nous est amené par sa mère en mars 1891, parce que, prétend-elle, il conserve, depuis une grippe qui a duré 6 semaines, un peu d'oppression, de gêne respiratoire avec léger point de côté gauche dès qu'il veut se mouvoir un peu. Son état général est assez médiocre, il est maigre et pâle, et tout nous porte à nous livrer à un examen très attentif de sa poitrine. Ajoutons que l'enfant avait été traité par un médecin très soigneux et très consciencieux des environs de Paris.

Nous fûmes fort étonné de constater chez l'enfant après examen une série de signes physiques que nous allons énumérer.

Le thorax était à l'inspection et à la palpation bimanuelle manifestement amplifié du côté gauche. De ce même côté, abolition des vibrations, matité absolue complète dans toute l'étendue du côté gauche en arrière et remontant en avant jusqu'à la troisième côte environ. A l'auscultation, silence respiratoire complet, sauf au sommet où il existait une respiration faible et quelques fines crépitations. Respiration supplémentaire du côté opposé.

Très réservé au sujet du diagnostic et du pronostic de l'affection, nous écrivîmes au médecin qui, après examen très attentif de l'enfant, nous répondit avoir trouvé pour la première fois (il n'avait pas vu le malade depuis 3 semaines) les signes physiques que nous avions constatés, et très intrigué également par ceux-ci, il nous donnait rendez-vous pour pratiquer le surlendemain une ponction au moins exploratrice. L'enfant n'avait d'ailleurs pas de fièvre. Seules l'oppression et une toux quinteuse et sèche pouvaient éveiller l'attention, mais il était bon dans tous les cas d'être fixé.

La marche de la lésion nous permit de l'être sans intervention. A notre visite du surlendemain la matité avait considérablement diminué ; on entendait partout une respiration encore affaiblie et à la base quelques crépitations. Un vésicatoire acheva l'œuvre com-

(1) Florand. *Loc. cit.*

mencée spontanément, car 15 jours après cette dernière visite on ne constatait plus chez l'enfant la moindre trace de cet état pathologique qui nous avait fait craindre une pleurésie suspecte.

Depuis cette époque la poitrine de l'enfant n'a jamais présenté de signe anormal et l'état général est excellent.

Il est certain que le petit malade a fait, soit dans le cours, soit au déclin d'une grippe, une poussée congestive sous forme de splénopneumonie presque latente, ou tout au moins à signes fonctionnels très atténués, puisque, seul, l'examen attentif du thorax nous a permis de la trouver. La disparition très rapide de signes fort accentués est également un fait intéressant à noter.

Enfin, l'observation suivante, par sa courte durée, par l'atténuation des symptômes généraux, qui cependant existent, pourrait servir de transition aux deux formes aiguë et latente.

Observation X (1)

Recueillie par M. le Dr de Viville dans le service du Dr Burlureaux, au Val-de-Grâce.

Perr... Eug., 25 ans, ancien employé de banque. Aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel.

Le 22 janvier 1889, il commença à ressentir une légère douleur dans le côté gauche du thorax, douleur en forme de barre située transversalement un peu au-dessous du mamelon, avec exacerbations dans les efforts de respiration. L'appétit était faible, toutefois le malade put continuer son travail sans trop de peine, quand le 27, vers neuf heures du soir, sans cause appréciable, au lit, la douleur thoracique augmenta brusquement, s'irradiant jusqu'à l'épaule, au point d'en rendre les moindres mouvements très douloureux. En même temps apparaissait une forte dyspnée. Vers minuit le malade fut pris de violents frissons, qui ne disparurent que le matin.

---

(1) *Union méd.*, 24 mars 1889.

Le 29, Perr... entre à l'hôpital.

La température est de 37°8 à neuf heures du matin. Le pouls ne présente rien de particulier. Le malade n'est pas prostré. Il répond avec précision à toutes les questions qu'on lui pose.

La dyspnée a disparu. Le point de côté est beaucoup moins douloureux. On provoque, cependant, quelques douleurs à la pression, au niveau de l'émergence antérieure du nerf du cinquième espace. Pas de toux, expectoration insignifiante, sans caractères. Pas de zona.

Signes physiques. — Inspection. Rien à noter. Pas de voussure appréciable.

Palpation. — A gauche et en arrière, dans la moitié inférieure du poumon, les vibrations vocales sont entièrement abolies. Elles reparaissent progressivement quand on se rapproche du sommet. En avant, sous la clavicule, les vibrations sont plus accusées que du côté opposé.

Percussion. — Matité absolue dans la moitié inférieure du poumon gauche ; cette zone est nettement limitée par la ligne axillaire. L'espace de Traube est conservé. Tympanisme sous la clavicule.

Auscultation.—Au niveau de la matité, le murmure vésiculaire est complètement aboli. Il est remplacé par un fort souffle bronchique. Dans la moitié supérieure de la poitrine, comme sous la clavicule, la respiration est forte. Pas de râles. L'égophonie est très limitée au niveau de la 7e dorsale. Pectoriloquie aphone très nette et étendue à toute la zone de matité. Pas de déplacement du cœur. Poumon droit sain. Deux vésicatoires sont placés sur le côté malade, l'un en avant, l'autre en arrière.

Les jours suivants, le point de côté disparaît peu à peu. A l'auscultation, on trouve à la base, du côté de l'aisselle, quelques crépitations fines à l'inspiration. A la percussion, la résistance au doigt devient de moins en moins accusée, et la sonorité reparaît progressivement. La température, qui était de 39°7 le 29 au soir, redevient normale le 6 février, après avoir oscillé d'abord entre 38 et 39°, puis entre 37°5 et 38°.

Le 15 février, la sonorité est presque normale. La respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Les crépitations fines ont disparu. Le malade descend au jardin pendant une heure.

Le 17, il nous raconte qu'il respire plus difficilement, et ressent

une légère douleur au point où siégeait primitivement le point de côté. Toutefois l'examen de la poitrine ne révèle rien. Pas de fièvre. Les jours suivants le malade va de mieux en mieux. Il respire librement et mange de bon appétit. Il peut être considéré comme guéri.

Plusieurs de ces observations concernent des spléno-pneumonies grippales. On sait quelle est la fréquence de la spléno-pneumonie dans le cours de la grippe, et l'on a dernièrement décrit un *type grippal*. Nous allons voir si les observations que nous avons rapportées répondent à ce type.

D'après M. Lemoine (de Lille), l'obscurité respiratoire est complète ; il n'y a ni râles, ni souffle. (1) « Cette absence de signes auditifs est très particulière à cette forme et fait souvent penser à une pleurésie avec épanchement abondant ». C'est surtout la longue durée de la maladie, la persistance pendant plusieurs semaines de l'obscurité respiratoire, qui caractérise le type grippal.

D'après Makereel (2), qui cite six observations à l'appui de sa thèse, la bronchophonie, l'égophonie peuvent également faire défaut. La dyspnée est vive, la fièvre forte, le pouls rapide ; il y a de l'insomnie, de l'agitation. Un des caractères de l'affection serait sa mobilité : « la base du » poumon est à peine guérie que le microbe de la grippe » s'attaque à une partie voisine ou au poumon opposé, » de sorte que l'on peut assister, chez un même sujet, à » l'évolution de plusieurs spléno-pneumonies successi- » ves ».

C'est un autre caractère que M. Faisans assigne à la spléno-pneumonie grippale sous la désignation de *muta-*

(1) Congrès de Montpellier, 1898.

(2) Thèse de Lille, 1898 (Congest. et spléno-pn. grippale).

bilité des signes physiques. Il s'agit ici de changements relatifs à la *nature* des signes physiques, et non plus à leur *siège* (Voir l'observation VI).

L'obscurité respiratoire complète, l'absence d'égophonie, de pectoriloquie aphone sont signalées dans une observation de MM. Caussade et Laubry (obs. IV), qui a trait à une spléno-pneumonie non grippale. Inversement, dans un cas de M. Barth, où l'affection est due à la grippe, les signes physiques sont ceux de la spléno-pneumonie commune. Mais il est juste de dire que dans l'observation IX, qui a trait à la grippe, le silence respiratoire est absolu.

Si l'on s'en rapporte aux observations que nous avons citées, il ne semble pas non plus que celles qui sont relatives à la grippe aient une durée plus longue, une ténacité particulière. L'observation IX fournit un exemple de spléno-pneumonie grippale dont les signes, très accentués, ont disparu très vite.

La mobilité de l'affection, procédant par poussées successives, est un caractère que nous avons signalé à propos d'un cas de spléno-pneumonie grippale (obs. III) et de deux cas de spléno-pneumonie non grippale (obs. II et IV).

La *mutabilité* des signes physiques que M. Faisans semble mettre sous la dépendance de la grippe, a été observée par M. Grancher dans un cas de spléno-pneumonie tuberculeuse (1).

L'agitation, l'intensité de la dyspnée, le délire même sont signalés dans une observation où la grippe n'est pas mise en cause (obs. XI).

---

(1) *Mal. de l'app. resp.*, XV[e] leçon.

Conclusion. — Nous voyons, par l'étude des observations qui précèdent, que la maladie décrite par M. Grancher peut revêtir certaines allures qui jusqu'ici n'avaient point été décrites :

1° Les signes de congestion peuvent être perçus des deux côtés. Tantôt les deux poumons sont atteints presque simultanément, mais inégalement ; celui qui est le moins profondément atteint se dégage le premier. Tantôt l'envahissement de chacun des poumons se fait à deux moments différents, éloignés l'un de l'autre ; le poumon envahi le dernier est le premier à se dégager. Un nouveau mouvement fébrile annonce la nouvelle poussée.

2° Plusieurs poussées successives peuvent survenir au niveau du même poumon ; les poussées survenues en dernier lieu sont les premières à disparaître.

3° Les signes constatés à la percussion, à la palpation peuvent varier d'un jour à l'autre, et l'existence de ces signes est en rapport avec la quantité de l'expectoration. Quand les bronches sont devenues perméables, après une abondante expectoration, on entend du souffle, des râles, les vibrations peuvent être augmentées ; dans le cas contraire, il y a abolition des vibrations et silence respiratoire absolu.

4° A côté de la forme subaiguë, la plus commune, et de la forme chronique, dont parlent M. Grancher et M. Bourdel, il y a des formes *aiguës* caractérisées par leur courte durée et l'intensité de la fièvre.

5° M. Florand a observé un cas de spléno-pneumonie *latente*.

6° Sans nier que la spléno-pneumonie grippale ne puisse revêtir un aspect particulier, nous ne pensons pas qu'il y ait un type grippal bien déterminé à l'heure actuelle ; cela semble ressortir de la lecture des observations précédemment étudiées dans ce travail.

DIAGNOSTIC

1° *Avec la pleurésie séro-fibrineuse.* — Des signes fonctionnels nous ne pouvons tirer grand parti pour le diagnostic différentiel classique entre la pleurésie avec épanchement et la spléno-pneumonie. M. Barth insiste sur l'absence de point de côté dans cette dernière affection. Mais cette absence est rare.

Un fait est pris en grande considération par M. Bourdel. Le malade parfois reste, pendant la période de grande dyspnée, complètement ou de trois quarts couché sur le *côté sain.* Or, dans la pleurésie, il repose bien, souvent, au début, sur le côté sain, à cause de la douleur qu'exagère toute pression, mais à mesure que le liquide s'épanche dans la cavité pleurale, le malade prend l'habitude de se coucher du côté malade. Ce fait est constant.

Des signes physiques, qui *a priori* semblent appartenir à la pleurésie, ont été constatés exceptionnellement dans la spléno-pneumonie. Tel est, par exemple, le signe du cordeau, et nous avons vu qu'il en était de même du déplacement du cœur ou du foie, de la disparition de la sonorité de l'espace de Traube, faits consignés dans quelques observations.

Mais de la fréquence de ces signes dans l'une de ces

affections (1), de leur rareté dans l'autre, on doit tirer une *présomption* pour le diagnostic. Au reste, il y a lieu de tenir compte de la relation qui existe entre ces signes et l'intensité des signes stéthoscopiques. M. Caussade a pu diagnostiquer dans un cas une spléno pneumonie, malgré la déviation du cœur; cette déviation eût été plus accentuée au cas d'épanchement pleural, car les signes stéthoscopiques étaient ceux d'un épanchement abondant.

M. Caussade a pu également, dans un cas, tirer parti du caractère de la matité qui n'était pas une matité hydrique.

On sait que la limite supérieure de l'épanchement pleurétique est mobile, et varie suivant les changements d'attitude du malade, que l'on doit percuter couché, assis, étendu sur le côté. La mobilité des signes semble, *a priori*, être caractéristique de l'épanchement pleural.

Un signe dont on pourra, à l'occasion, tirer parti, est celui-ci : la limite d'un épanchement d'abondance moyenne ne forme pas un plan horizontal ; elle forme une courbe parabolique appelée *courbe de Damoiseau*, dont le sommet est dans l'aisselle. En passant sur la paroi antérieure du thorax, elle devient horizontale ; sur la paroi postérieure elle descend obliquement, de façon à former avec la colonne vertébrale un angle aigu, sonore à la percussion ; c'est l'*angle de Garland*. Rien de semblable n'a été observé dans la spléno-pneumonie, où la limite de la matité est plutôt horizontale.

La palpation permet de rechercher l'état des vibrations

---

(1) Pour ce qui est de la sonorité de la zone de Traube, on sait qu'*exceptionnellement* elle peut persister alors qu'il existe 1 litre ou 1 litre 1/2 de liquide dans la plèvre (adhérences pleurales, phrénocostales ou raisons encore mal connues) Queyrat, *loc. cit.*

vocales. On sait que, abolies ou fortement diminuées au niveau d'un épanchement d'abondance moyenne, elles reparaissent *brusquement* à sa limite supérieure, où elles sont même exagérées à cause du refoulement du poumon. Dans la spléno-pneumonie les vibrations reparaissent *graduellement*. Ce signe de *présomption* doit être pris en considération, malgré qu'une exception ait été signalée à son sujet (1). La recherche de l'état des vibrations doit être faite avec la main placée de champ, suivant son bord cubital. Mais cette exploration est délicate, car la limite supérieure du foyer ou de l'épanchement siège, le plus souvent, au niveau de l'omoplate. Aussi, n'en est-il pas tenu compte dans la plupart des observations.

L'auscultation fournit quelques renseignements. L'égophonie serait d'ordinaire plus pure, le souffle à tonalité plus aiguë dans la pleurésie. Ces signes n'ont rien d'absolu. D'après M. Méry, il y a lieu de faire une autre distinction entre le souffle de la pleurésie et le souffle de la spléno-pneumonie. « Le souffle pleurétique, dit-il (2), » s'entend d'autant mieux que l'on se rapproche du hile » du poumon. A la base, on n'a souvent que de l'absence » du murmure vésiculaire, et c'est seulement à la suite » d'inspirations forcées, de quintes de toux, qu'on par- » vient à percevoir un peu de souffle expiratoire léger. » Dans la spléno-pneumonie, le souffle est souvent plus » prononcé que dans la pleurésie, plus facile à percevoir, » plus étendu, et, fait important, *conserve à peu près la* » *même intensité dans toute l'étendue de la zone atteinte,* à

---

(1) Bourlier, *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 oct. 1896. Obs. II.

2) Méry.—Art. *Spléno-pneumonie* (Traité de méd. de MM. Brouardel, Gilbert et Girode).

» la base, à la partie moyenne, aussi bien qu'au sommet...
» Le souffle de la spléno-pneumonie présente tous les
» caractères physiques du souffle pleurétique, à l'état
» d'exagération plutôt. Je pourrais presque dire que c'est
» dans la spléno-pneumonie qu'on entend les plus beaux
» souffles pleurétiques, réserves faites pour les pleurésies
» avec épanchement accompagné d'une importante con-
» gestion pulmonaire, où les caractères du souffle sont
» presque identiques, comme l'a montré M. Potain. »
L'auteur lui-même, d'ailleurs, n'attribue à cette distinction que la valeur d'une nuance (1).

La présence de râles fins, en permettant de conclure à l'absence d'une quantité abondante de liquide, est d'un grand secours pour le diagnostic.

C'est au groupement de tous ces symptômes que l'on aura recours pour affirmer que *très probablement* il n'existe pas d'épanchement important dans la plèvre. Parfois même on peut acquérir une certitude aussi grande que par la ponction, si des frottements pleuraux s'entendent bien nettement, au même niveau que le souffle, que l'égophonie, que la pectoriloquie, là où la matité est le plus marquée, là où les vibrations se perçoivent le moins. Il reste alors à faire le diagnostic de la spléno-pneumonie avec d'autres affections.

Mais, la plupart du temps, le *criterium* absolu n'est fourni que par la ponction : « Les ponctions sont absolu-
» ment inoffensives, dit M. Queyrat, lorsqu'elles sont
» faites, comme elles doivent toujours l'être, d'une
» manière aseptique ; jamais elles n'occasionnent, comme
» on pourrait le craindre *a priori*, de pneumothorax ;

---

(1) *Ibid.*

» enfin, dans plusieurs cas, elles ont paru avoir une » influence favorable, en ce sens qu'elles ont fait dispa- » raître le violent point de côté dont souffraient les mala- » des. » Ces ponctions ne sont pas douloureuses, en arrière du moins, d'après M. le professeur Picot (de Bordeaux), qui s'en fit faire sept ou huit. « On m'en fit une en avant, dit-il, dans le deuxième espace intercostal, et je dois dire que celle-là me fit un mal horrible. » (1)

« Avant de pratiquer cette ponction, il faut avoir soin » de bien laver la peau du thorax dans la zone où l'on va » opérer, au savon d'abord, puis avec une solution de » sublimé à 1 pour 1.000. La seringue et l'aiguille doi- » vent, cela va sans dire, être absolument aseptiques. Il » y a quelques années, alors que le médecin n'avait à sa » disposition que la seringue de Pravaz, cette stérilisation » était assez délicate : il fallait avoir recours à l'immer- » sion prolongée dans la solution phéniquée à 5 pour 100 » ou au lavage à l'eau bouillante, en changeant les ron- » delles du piston. Mais aujourd'hui, que nous avons des » seringues que l'on peut faire bouillir à volonté (seringues » de Malassez, de Roux, de Strauss), il est très facile » d'avoir un instrument aseptique. Avant d'opérer, il est » indispensable de s'assurer que le piston fait bien exac- » tement le vide dans le corps de pompe, et que l'aiguille » est perméable... Ces ponctions seront faites de préfé- » rence au niveau de la ligne axillaire postérieure, là où » le souffle est le plus net, là où la matité et l'égophonie » sont au maximum. Ce point correspond en général au » septième espace intercostal.

» Pour faciliter la petite opération, on fait coucher le

---

(1) *Bull. méd.*, 23 juillet 1902

» malade sur le côté sain, le bras du côté malade étant » levé et l'avant-bras reposant en demi-flexion sur la » tête, de manière à élargir autant que possible les » espaces intercostaux. L'aiguille doit être enfoncée » *lentement,* sans précipitation ni brusquerie, et, en » même temps qu'on l'enfonce de la main droite, on fait » l'aspiration de la main gauche dans le corps de pompe. » Tant qu'on n'a pas touché le poumon, on voit la force » du vide préétabli ramener le piston à son point de » départ. Lorsque l'aiguille s'est enfoncée environ de 8 » millimètres, la seringue se remplit de sang, quelquefois » aussi, mais plus rarement, de bulles d'air ; c'est donc » bien dans le parenchyme pulmonaire qu'on a pé- » nétré. » (1)

Il peut n'y avoir issue d'aucune goutte de sang (observation V, due à M. Florand, et observation VI, due à M. Faisans), et la sensation d'une masse résistante peut permettre sans doute d'affirmer que l'on a pénétré dans le poumon.

Dès lors, il y a de fortes présomptions pour que l'on soit en présence d'une spléno-pneumonie. Il peut se faire cependant qu'un épanchement soit cloisonné par des adhérences de la plèvre. Si l'aiguille pénètre au niveau de ces adhérences, elle arrive d'emblée sur le poumon. M. Dieulafoy a observé un cas de ce genre (2).

Il est donc nécessaire, si l'on a des doutes, d'explorer méthodiquement la cavité pleurale au moyen de ponctions successives. Voilà en quel sens la seringue ou l'aspirateur pourront fournir un véritable critérium.

---

(1) Queyrat. — *Gaz. des hôpitaux*, 18 juin 1892.

(2) Arch. gén. de méd., 1888, t. II, p. 542.

Parfois cette exploration n'est pas utile et l'on peut tirer de la présence de certains symptômes un parti suffisant pour établir le diagnostic. Chez le malade qui fait l'objet de l'observation I, deux ponctions seulement furent pratiquées au début, dans deux espaces intercostaux différents, avec l'aspirateur de Potain, et ne donnèrent pas de liquide. Plusieurs jours après, une troisième ponction, exploratrice cette fois, fut faite et l'on retira une petite quantité de liquide. La présence de frottements pleuraux s'entendant au niveau de la base du poumon, là même où les signes matité, souffle, égophonie étaient le plus marqués, permettaient d'exclure toute idée d'épanchement cloisonné ou non.

Alors qu'on est en présence d'une spléno-pneumonie, on fait souvent, nous l'avons vu, le diagnostic de pleurésie, et la ponction révèle l'erreur.

Mais une erreur inverse peut se produire, alors qu'il y a une petite quantité de liquide dans la plèvre. Un malade de M. Barth fournit un exemple de cette éventualité. Le malade dont il nous parle fut soumis dans un service de chirurgie à une ponction exploratrice. Un peu de liquide clair ayant été retiré, on fit le diagnostic de *pleurésie*. Il s'agissait en réalité d'une spléno-pneumonie avec coïncidence d'un léger épanchement pleural. D'où ce précepte formulé par M. Barth, que si la ponction est utile pour assurer le diagnostic, elle ne suffit pas ; « il faut se baser surtout sur le groupement des symptômes » quand cela est possible.

« Si cependant, conclut M. Barth, il reste des doutes, » et que l'on penche plutôt vers la pleurésie, il vaut mieux » mettre de côté la seringue de Pravaz et ponctionner » franchement avec la grande aiguille. »

2° *Avec la pleuro-congestion.* — M. le professeur Potain a décrit un état pathologique qu'il a appelé *pleuro-congestion*. La fluxion d'une partie du poumon accompagne souvent la pleurésie, surtout à sa période de formation. C'est l'association de la congestion du poumon et de la pleurésie qui constitue cet état pathologique. « Lorsque, » dit M. Serrand (1), dans une pleurésie à épanchement » moyen, le poumon est sain, comme il est essentielle- » ment rétractile et d'une pesanteur spécifique moindre » que le liquide, il surnage et se rétracte en cédant la » place à celui-ci qui vient s'accumuler à la partie la plus » inférieure et la plus déclive. Mais, s'il existe de la » congestion pulmonaire, le poumon, devenu plus dense » et moins rétractile, ne se laisse plus refouler, mais » plonge dans le liquide, et en fait monter le niveau » d'autant plus qu'il est lui-même plus volumineux. » Il en résulte que le liquide paraît plus abondant qu'il n'est en réalité et que l'état du poumon, masqué par l'épanchement, passe souvent inaperçu. Mais souvent aussi les signes de l'épanchement pleural sont modifiés par l'existence de la congestion pulmonaire et les signes sont ceux d'une spléno-pneumonie plutôt que ceux d'une pleurésie. Le souffle, au lieu d'être lointain et voilé, devient rude, bronchique, l'égophonie revêt les caractères de la bronchophonie, les vibrations souvent ne sont que diminuées. Enfin le schème de congestion sous-claviculaire existe, ainsi que l'expectoration gommeuse, la matité, les crépitations sèches, rares.

M. Bourdel, examinant les signes de présomption en

---

(1) Serrand. — Rapport entre la congestion pulmonaire et la pleurésie avec épanchement. Th. de Paris, 1878.

faveur de la spléno-pneumonie, signale : 1° la persistance de la sonorité de l'espace de Traube; 2° la réapparition progressive des vibrations aux limites de la zone atteinte. Mais souvent, la participation de la plèvre est légère, dans la pleuro-congestion, et l'espace de Traube est conservé. D'autre part, il peut y avoir également participation de la plèvre dans la spléno-pneumonie. La ponction exploratrice elle-même pour les mêmes raisons ne pourra fournir un signe de certitude.

Il peut arriver, dit M. Grancher, « que le poumon, » refoulé par une hydropisie abondante de la séreuse » pleurale, donne l'illusion de la spléno-pneumonie. » J'ai, du moins une fois, commis cette erreur dans » un cas où j'entendais des râles sous-crépitants assez » nombreux au foyer de la matité. L'autopsie fit voir que » le poumon était sain, mais comprimé par un hydro- » thorax. »

Ici encore c'est la persistance de la sonorité de l'espace de Traube, la réapparition graduelle des vibrations et la ponction qui pourront fournir des indices en faveur de la spléno-pneumonie.

3° *Avec la maladie de Woillez et la pneumonie congestive de Potain.* — Une durée très courte des oscillations thermiques presque nulles, une défervescence brusque, la grande mobilité des signes physiques, sont des caractères qui appartiennent surtout à la congestion pulmonaire de Woillez, mais qui peuvent cependant exister dans les formes aiguës de la spléno-pneumonie. D'autre part, dans certains cas, cités par Woillez et Bourgeois, « la matité était tellement accentuée, la faiblesse du bruit respiratoire poussée si loin, le retentissement de la voix avait un caractère si prononcé d'égophonie, que le dia-

gnostic de pleurésie avait été porté (1) ». Néanmoins, le *groupement* de tous les signes permettra le plus souvent de préciser le diagnostic ; l'erreur ne saurait être, d'ailleurs, de longue durée, la résolution étant toujours lente, même dans les cas les plus aigus de spléno-pneumonie.

M. Potain a décrit, sous le nom de *pneumonie congestive* (2), une affection pulmonaire simulant la pleurésie avec épanchement. « Il s'agit, dit-il, d'une variété de con-
» gestion pulmonaire à laquelle j'ai donné le nom de
» *pneumonie congestive*, et que mon collègue, le profes-
» seur Grancher, en se fondant sur les caractères ana-
» tomo-pathologiques, a appelée *spléno-pneumonie*. Par
» un certain nombre de ses symptômes fonctionnels et
» aussi par la plupart de ses signes physiques, cette
» maladie rappelle énormément les symptômes de la
» pleurésie avec épanchement, si bien qu'on a pu et
» qu'on peut encore s'y tromper. »

Comme symptômes objectifs, M. Potain signale le frisson, la fièvre, la dyspnée, l'existence ou l'*absence* de point de côté.

Les vibrations sont diminuées ou *augmentées*. La matité est légère, c'est « de la *submatité* ». Le souffle est *doux, étalé, d'une tonalité plus basse que le souffle tubaire*. Il y a quelquefois de la bronchophonie, *jamais d'égophonie*. La pectoriloquie aphone existe, quand il y a du souffle. Les crépitations sont fines, fréquentes, *très appréciables*.

La chute de la fièvre a lieu en moyenne *vers le onzième* jour de la maladie. L'affection a une allure très lente et *ambulatoire*.

---

(1) Bourdel, *loc. cit.*
(2) *Bull. méd.*, 25 août 1895.

« Il y a lieu d'être surpris, dit M. Queyrat (1), de cette » assimilation, alors qu'il s'agit de types cliniques si dis- » semblables, et on ne saurait accepter la manière de voir » de M. Potain. »

La pneumonie congestive semble, d'après M. Méry, avoir les plus grandes analogies avec la forme pneumonique de la maladie de Woillez (2).

4° *Avec la pneumonie massive.* — Une observation publiée en 1894 par M. Sézary, dans le *Bulletin médical de l'Algérie* (3), nous autorise à discuter le diagnostic de la spléno-pneumonie et de la pneumonie massive.

Comme la pneumonie massive entraîne le plus souvent la mort à brève échéance (4), et que la spléno-pneumonie a un pronostic immédiat bénin, il importe de faire le diagnostic au début.

La pneumonie massive est une *pneumonie* qui s'accompagne d'un abondant exsudat fibrineux obturant les bronches. Les signes stéthoscopiques, par suite de l'obstruction des bronches, font défaut. Il y a de la matité absolue, coïncidant avec l'absence de murmure vésiculaire, de souffle, de râles ; les vibrations sont abolies. Il peut n'y avoir d'expectoration à aucun moment de la maladie. On voit que ces signes sont ceux d'une pleurésie avec épanchement *abondant, considérable,* et le diagnostic entre les deux affections est classique.

---

(1) Art. Spléno-pneumonie (*Traité des maladies de l'enfance* par MM. Grancher, Comby, Marfan).

(2) Art. Congestion pulmonaire (*Traité de médecine* de MM. Brouardel, Gilbert, Girode).

(3) 10 février 1894.

(4) Thèse d'Anglade. Paris, 1881.

Ces signes d'ailleurs ne sont pas absolus ; les vibrations peuvent n'être qu'amoindries et un souffle peut apparaître (1) ; car il y a tous les intermédiaires entre la pneumonie commune et la pneumonie massive obturant complètement les bronches. Enfin il peut y avoir de la bronchophonie et du chevrotement (2).

D'autre part nous savons que la spléno-pneumonie peut fournir les signes d'un épanchement de trois litres ; l'obs. III (de M. Caussade) en est un exemple et le diagnostic y est discuté entre la pneumonie massive et la spléno-pneumonie.

Il est rare qu'au début il n'y ait pas eu quelques crachats rouillés, et le malade peut nous renseigner sur ce point, ou bien quelques râles crépitants. C'est lors de la suppression de l'expectoration que les signes fonctionnels se sont aggravés, que l'anxiété respiratoire est apparue. Jusque-là *les symptômes étaient ceux d'une pneumonie franche.*

L'évolution n'est pas celle de la spléno-pneumonie : *tout-à-coup* les symptômes s'aggravent, les quintes de toux deviennent *extrêmement pénibles.*

L'état général est plus grave, la dyspnée prend le caractère de la suffocation. La mort survient le cinquième ou le sixième jour, ou bien l'expectoration reparaît, sorte de moule des canaux bronchiques.

Dans l'observation recueillie par MM. Caussade et Laubry, ce fut la marche capricieuse de la température qui fit éliminer l'idée de pneumonie massive, en même temps que la diminution de la dyspnée.

---

(1) Anglade, *loc. cit.*

(2) Id.

5° *Avec la spléno-pneumonie tuberculeuse.* — Il s'agit ici d'un type clinique que nous avons décrit plus haut, d'après M. Grancher. L'apyrexie est à peu près complète, la maladie procède par poussées successives, les crachats sont parfois sanguinolents ; le sommet souvent est atteint le premier ; la maladie ne survient généralement pas en pleine santé ; tels sont les principaux caractères de cette forme tuberculeuse. Néanmoins, le diagnostic n'en est pas toujours facile : « Quand vous constaterez, dit M. » Grancher, les symptômes d'une condensation diffuse et » unilatérale, n'allez pas vous hâter d'affirmer la tubercu- » lisation. Sachez seulement que vous êtes en présence » d'une maladie suspecte et agissez en conséquence. Sur- » veillez avec soin le sommet, et s'il arrive que, dès l'ori- » gine ou dans la suite, ses lésions l'emportent sur celles » d'autres régions, vous pourrez en conclure légitime- » ment que la maladie est probablement d'origine spéci- » fique, même s'il existe un second foyer à la base. Il va » sans dire qu'à la période où les bacilles apparaissent » dans les crachats, toute incertitude cesse.

» Mais cette apparition se fait quelquefois attendre. » En outre, les lésions commencent souvent par les » régions inféro-postérieures et ne gagnent le sommet » que lentement. Enfin, quand la convalescence com- » mence, quand les forces et l'appétit renaissent, il arrive » que peu à peu les signes physiques disparaissent à leur » tour sans laisser presque aucune trace. Ce n'est pas » toujours la preuve irréfragable de l'absence des tuber- » cules ; c'est, au moins, la guérison relative.

» Il va de soi que l'étude de toutes les circonstances » qui entourent le développement de la maladie sera soi- » gneusement faite et tiendra dans votre jugement la » place légitime due aux commémoratifs, au mode de

» début, à l'état des forces. La marche de la maladie et » les signes généraux, tels que la fièvre, vous viendront » en aide... Quoique l'étude de la courbe thermométrique » dans la plupart des cas soit secondaire, vous pourrez en » tirer grand parti lorsque, par hasard, après les deux » premiers septenaires, la maladie prend une allure plus » rapide. La fièvre sera toujours un des premiers signes » indicateurs d'une marche en avant, car, si les tuber- » cules occupent une grande étendue du parenchyme » pulmonaire, s'ils sont la raison principale des signes » physiques, ils ne tarderont pas à se ramollir, et le ther- » momètre vous le dira sans délai. La persistance de la » fièvre et son maintien à de hautes températures, autour » de 39° par exemple, aurait une signification encore plus » importante, puisque dans la règle, la forme de tuber- » culisation pulmonaire dont je parle, a une marche » subaiguë, lente et presque apyrétique, procédant par » poussées successives plus ou moins éloignées, avec de » longs intervalles de calme relatif. »

Chez tous les tuberculeux la spléno-pneumonie ne revêt pas ce type clinique spécial. Mais le diagnostic de la cause se fera également par l'étude des circonstances qui entourent le début de la maladie, l'étude des antécédents du malade, l'examen du sommet du poumon, la persistance des signes physiques à ce niveau, par l'examen des crachats ou par quelqu'un des procédés que nous exposerons au sujet du pronostic dont nous abordons l'étude.

PRONOSTIC

« La guérison, dit M. Queyrat, est la terminaison de » règle. Sur 27 cas que nous avons pu réunir, nous » n'avons à enregistrer que 3 décès. Il va sans dire qu'il » ne faudrait pas considérer les 24 cas restant comme » autant de guérisons. C'est ainsi que, dans l'observation » XIII de M. Bourdel, il est dit que l'enfant est emmené » par ses parents « dans un état déplorable » ; dans l'ob- » servation IV de la thèse de Mlle Brandhendler, il est dit » que l'enfant « est mourant » au moment où l'observation » est remise. » L'observation XIII de M. Bourdel est due à M. Cadet de Gassicourt, qui lui avait donné le titre de : *Broncho-pneumonie, probablement tuberculeuse, ayant simulé une pleurésie.* « Elle nous paraît être, dit M. Bourdel, un des cas des plus typiques de spléno-pneumonie. » Dans l'observation IV de la thèse de Mlle Brandhendler, on voit que des signes non douteux de tuberculose existent au sommet ; l'enfant d'ailleurs tous-sait depuis un an. Ajoutons que M. Grancher cite, dans son Traité des maladies de l'appareil respiratoire, trois cas de spléno-pneumonies *chez des tuberculeux avérés,* cas qui se sont terminés par la mort ; dans l'un de ces cas, la mort fut causée par une hémoptysie foudroyante.

Enfin, parmi les trois décès dont parle M. Queyrat, l'un concernait un diabétique, chez qui s'était déclarée une gangrène intercurrente ; un deuxième est survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde (cas de Bouicli) ; le troisième (cas de M. Chantemesse) eut lieu chez une femme de *soixante-douze ans*. « Cette malade, dit M. Queyrat, ayant fait une spléno-pneumonie gauche et *une congestion pulmonaire droite*, a consécutivement forcé son cœur droit et est morte en asystolie. »

On voit que tous ces malades étaient dans des conditions bien particulières, et le pronostic *quoad vitam* doit être considéré comme favorable.

Si le pronostic immédiat est favorable, il en est parfois autrement du pronostic éloigné.

Deux faits avaient frappé M. Grancher : l'existence, dans presque toutes les observations, du schème II ou *schème de congestion* ; la persistance assez fréquente des signes de congestion au sommet, envahi après la base, de telle sorte que « deux ou trois mois après le début, il y » a deux sièges principaux de lésions, l'un à la base, l'autre » au sommet ; le premier tend à disparaître peu à peu, le » deuxième à se développer et à rentrer dans la sympto- » matologie de la tuberculose commune ».

Comme dans la pleurésie, on constate le plus souvent dans la spléno-pneumonie, au niveau de la région sous-claviculaire, une sonorité à tonalité élevée, le *skodisme*. Si la région qui fournit une sonorité supplémentaire ne présente aucune altération pathologique, elle doit fournir aussi une augmentation supplémentaire de la respiration et des vibrations. C'est une loi établie par M. Grancher (1).

---

(1) *Soc. méd. des hôp.*, 24 décembre 1881.

Mais, dans toutes les observations où l'on s'est préoccupé de rechercher l'état du sommet du poumon, sauf dans l'observation de Bouicli (1) et dans l'une de celles de M. le docteur Bourlier (obs. VI), on observe la « dissociation » des signes, c'est-à-dire qu'il n'y a pas augmentation parallèle des vibrations, de la respiration et de la sonorité. Le plus souvent, on observe le schème II ou schème de congestion. Au lieu d'avoir

$$S + V + R + \quad \text{(sch. I)}$$

on a : $S + V + R -$

Parfois aussi on a noté le schème III :

$$S + V - R -$$

dont la signification n'est pas élucidée, et qui « répond probablement à des états pathologiques divers ». (2)

Le schème II, étudié par M. Grancher dans la pleurésie, ne saurait constituer selon lui qu'un signe de *présomption* en faveur de la nature tuberculeuse d'un épanchement pleural. C'est un schème de *congestion*, et la congestion, même localisée au sommet du poumon, n'est pas toujours tuberculeuse. M. Grancher ne considère la pleurésie comme tuberculeuse que si au schème II s'ajoutent des signes de tuberculose tirés des antécédents ou des conditions dans lesquelles s'est développée la maladie.

Sans doute, le schème II a la même valeur dans la spléno-pneumonie et nous croyons que c'est la pensée de M. Grancher.

Quoi qu'il en soit, la persistance de la congestion du sommet a une valeur plus grande encore. On sait

---

(1) Queyrat, *Loc. cit.*

(2) Grancher, *Loc. cit.*,

qu'aujourd'hui encore les cas se comptent où la nature tuberculeuse de l'affection a été nettement mise en évidence. Les observations publiées depuis plusieurs années ne nous renseignent pas à ce sujet. Dans deux cas, dont l'un est dû à M. Bourdel, l'autre à Mlle Brandhendler, les malades ont pu être suivis, et des signes de tuberculose n'ont pas tardé à apparaître ; dans les deux cas le schème II a existé dès le début et a persisté. Ajoutons que chez le malade que nous avons observé nous-même et qui fait l'objet de l'observation I, la tuberculose a été démontrée par l'examen du liquide pleural, par l'examen du sang ; or le *schéma de Grancher* a existé pendant presque toute la durée de la maladie, les symptômes tendant à augmenter au sommet, à disparaître à la base.

Dans le cas de M. Bourdel, il s'agit d'un homme qui, après vingt-deux jours de fièvre, reprend peu à peu ses forces et son embonpoint. Il sort de l'hôpital, alors que l'examen de son sommet révèle la persistance du schéma de Grancher; à la base il y a encore de la submatité, de la diminution de la respiration et des vibrations. Après un séjour d'un mois à l'asile de convalescence de Vincennes, il reprend son travail. Les mêmes signes persistent Un mois après, l'état général reste bon, il y a encore un peu d'essoufflement. Deux mois plus tard, M. Bourdel revoit ce malade : « Nous avons pu constater, » dit-il, du côté opposé à la lésion, des signes non douteux » de tuberculisation pulmonaire : respiration rude, granu- » leuse, avec expiration prolongée et retentissement de la » toux au sommet, enfin quelques craquements secs dans » la fosse sus-épineuse. » Enfin Mlle Brandhendler (1)

(1) *Loc. cit.*

nous apprend que le même malade, examiné de nouveau par M. Bourdel, présente, « avec un état général déplorable, tous les signes des cavernes ».

Le cas qui fait l'objet de l'observation II de Mlle Brandhendler est celui-ci : Il s'agit d'une enfant de 6 ans. Son père est mort phtisique. Elle-même est traitée dans un service de chirurgie pour une *conjonctivite à répétition* et une *tumeur blanche du poignet*. Elle passe dans un service de médecine pour une spléno-pneumonie ; elle y reste un mois, sa santé s'améliore sensiblement, mais des signes physiques persistent au sommet. « Nous avons vu » l'enfant à diverses reprises, dit Mlle Brandhendler, et » nous avons constaté chez elle une tuberculose pulmo- » naire en pleine évolution ; l'enfant est maigre, chétive, » elle n'a pas d'appétit, elle transpire beaucoup, a sou- » vent la fièvre. A la percussion, on constate une matité » très manifeste des deux côtés, mais plus accentuée du » côté gauche ; à l'auscultation, la respiration est sacca- » dée, l'expiration très prolongée ; on entend fort nette- » ment des craquements nombreux. »

On le voit, dans les deux cas il y a une période d'amélioration pendant laquelle les signes de congestion persistent au sommet du poumon. Les choses se passent de la même façon chez le malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Carrieu. Et là encore la tuberculose a pu être nettement affirmée. Les crachats faisaient défaut ; mais une petite quantité de liquide ayant été retirée de la plèvre, elle fut soumise à l'examen histologique : « MM. Widal et Ravaut ont montré que l'étude » des cellules éparses dans l'exsudat peut, dans nombre » de cas, fournir les éléments d'un véritable cyto-dia- » gnostic et donner des indications précieuses intéressant

» la pathogénie et la clinique. Il ne faut pas, autant que » possible, prélever le liquide dans la masse provenant » d'une ponction évacuatrice, car la coagulation peut » s'opérer rapidement dans le bocal et l'on risquerait de » recueillir un liquide dépourvu des éléments histologi- » ques que le caillot aurait retenus. Par une ponction » exploratrice, faite avec une seringue stérilisée, on » recueille quelques centimètres cubes de l'épanchement. » On défibrine, on centrifuge et l'on fait des préparations » à la thionine, à l'éosine-hématéine et au triacide, après » avoir étalé sur lame l'émulsion avec un fil de platine. » Le liquide de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse, dite » idiopathique ou *a frigore*, dont M. Landouzy a prouvé » la nature presque constamment tuberculeuse, est carac- » térisée par la présence presque exclusive de petits » lymphocytes mêlés à des globules rouges. » (1)

Les expériences de MM. Widal et Ravaut ont montré que les pleurésies mécaniques ou développées par irritation de voisinage, que les pleurésies streptococciques, pneumococciques, que les pleurésies enfin développées chez des tuberculeux atteints de lésions caséeuses et ulcéreuses des poumons, que le liquide des hydro-pneumothorax tuberculeux, ont une formule histologique différente.

Chez notre malade, l'examen a révélé une quantité considérable de lymphocytes, avec globules rouges abondants. Il fallait parcourir plusieurs champs de microscopes pour rencontrer quelques grands mono ou polynucléaires.

Ce n'est pas tout. Le séro-diagnostic, fait suivant la méthode de MM. Arloing et Courmont, est venu confirmer

---

(1) Dieulafoy, *Manuel de path. int.*

la nature de l'affection en montrant que le malade est tuberculeux. Le séro-diagnostic consiste dans la recherche de la propriété agglutinante du sérum sanguin ou du liquide pleural. On sait que le sérum des tuberculeux acquiert la propriété d'agglutiner l'agent pathogène, le bacille de Koch. « On emploie des cultures homogènes de » bacilles tuberculeux préparés suivant le procédé » d'Arloing. Une certaine quantité de ces cultures (V, X, » XX gouttes) est placée dans un petit tube de verre de » 5 millimètres de diamètre et additionnée d'une goutte de » sérum sanguin ou du liquide pleural à essayer. L'agglu- » tination est constatée soit à l'œil nu (formation d'un » dépôt au fond du tube), soit au microscope (bacille en » amas). » (1)

Chez notre malade, le séro-diagnostic a été positif au dixième.

Enfin, on sait que chez les tuberculeux la tension artérielle est abaissée. Au lieu de 15 ou 18 centimètres de mercure, on obtient chez eux, avec le sphygmo-manomètre de Potain, une pression inférieure à la normale, quelquefois inférieure à 10. Chez notre malade le chiffre obtenu, 13 1/2, indique une dépression légère.

Ajoutons que le malade va mieux, retrouve l'appétit et les forces ; les signes sont de moins en moins marqués à la base du poumon ; au sommet, le schèma de Grancher n'existait pas au début et les signes peu à peu se sont accentués.

Les choses se passent ainsi, en effet, alors qu'il y a persistance des signes de condensation au sommet. Or, cette amélioration est trompeuse dans les trois cas que

---

(1) Traité de médecine de MM. Brouardel, Gilbert, Girode.

nous venons de signaler, et il y a lieu de se demander si chez d'autres malades, *qui n'ont pas été suivis*, la persistance de signes au sommet ne serait pas un indice suffisant de tuberculose. De fait, chez les malades qui font l'objet des observations II, III, IV, VI, VIII de M. Bourdel, il y a eu persistance du schème II, même après amélioration de l'état général. Chez tous, sauf chez celui de l'observation IV, le seul qui ait été suivi quelque temps,— et nous savons ce qu'il est devenu, — les signes ont été observés jusqu'à ce que les malades aient été perdus de vue.

Il y a donc lieu d'être très réservé au sujet du pronostic lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui a des signes persistants de congestion au sommet du poumon, alors même que l'amélioration de l'état général serait grande. On examinera les crachats, s'il y en a, et l'on fera des inoculations à des cobayes. Si les crachats font défaut, ou si l'examen en est négatif, on pourra avoir recours à l'un des procédés que nous avons signalés : cyto-diagnostic si du liquide a été retiré de la plèvre, séro-diagnostic dans les autres cas. Ces procédés ne peuvent tous être employés dans la pratique courante. Des présomptions, sinon des certitudes, seront tirées des antécédents, de l'existence antérieure d'une pleurésie, de bronchites tenaces et répétées, d'hémoptysies ou de signes antérieurs de scrofule.

Alors même que la maladie ne semble pas être en rapport avec la tuberculose, des symptômes fonctionnels, l'essoufflement par exemple, ou physiques, tels que la matité, l'affaiblissement des vibrations et de la respiration à la base, peuvent persister très longtemps. Une observation de M. Picot est intéressante à ce point de vue.

Les petites pneumonies lobulaires dont parle M. Picot, seraient en rapport avec la nature pneumococcique probable de l'affection dans le cas particulier, et M. Picot se demande si le fait d'avoir pratiqué l'autopsie d'un pneumonique, lorsqu'il était déjà souffrant, n'a pas provoqué chez lui la spléno-pneumonie.

Observation XI

Spléno-pneumonie droite (1)

Le 16 décembre, je pris un rhume léger, ayant débuté par une fièvre légère, un peu de coryza et une toux trachéale. Cette indisposition ne m'arrêta pas, je vins à l'hôpital deux jours après le début et je fis même l'autopsie d'un pneumonique. C'était un lundi ; l'après-midi, croyant qu'une forte sudation guérirait mon rhume, j'allai prendre un bain de vapeurs térébenthinées. J'en sortis très bien, retournai à l'hôpital le lendemain et le surlendemain, mercredi. Dans l'après-midi j'eus des frissons, de la céphalalgie, une fièvre modérée. Je me couchai, dormis bien, mais le lendemain je ne pus me lever, j'avais une violente douleur dans tout le côté droit, en avant et en arrière, mais ma toux avait cessé et je ne crachais pas. Indépendamment de ma douleur, je sentais mon côté droit très lourd, distendu, et je crus de suite que j'avais une pleurésie avec épanchement. Mon médecin traitant constata tous les signes ordinaires de cette pleurésie. En deux jours la maladie fit de très grands progrès, si bien que la matité existait dans toute l'étendue du côté, depuis la clavicule en avant et l'épine de l'omoplate en arrière jusqu'en bas ; tout ce côté était dur et mat comme du marbre. J'avais une dyspnée intense ; à chaque mouvement que je faisais je me sentais asphyxier, j'étais absolument cyanosé. Pas de toux, pas d'expectoration. Pendant trois semaines je fus dans un état très grave, asphyxiant, délirant très souvent (délire professionnel : je

(1) Picot. — *Bull. méd.*, 23 juillet 1902.

faisais passer des examens), et après ces trois semaines, malgré la persistance des signes physiques, ma respiration devint un peu plus facile. J'étais mieux. Bien entendu, on me fit sept ou huit ponctions exploratrices sans succès. Ces ponctions ne sont pas douloureuses en arrière ; on m'en fit une en avant dans le deuxième espace intercostal et je dois dire que celle-là me fit un mal horrible. Je ne pus m'empêcher de jeter un cri au moment de l'aspiration. Bref, je restai 48 jours au lit et la résolution n'avait commencé à se faire que le quarantième jour. Je ne pus faire ma première sortie, une sortie d'une heure, que deux mois après être tombé malade, et ma convalescence dura encore environ deux mois.

Je le répète, jusqu'au quarantième jour je ne toussai ni ne crachai une seule fois, et la résolution me fut annoncée par quelques quintes de toux et l'expectoration d'un exsudat incolore, transparent, ayant la consistance du miel approximativement, et dont la quantité totale fut représentée par le contenu d'un verre à liqueur environ. Au point de vue du traitement, je dois vous dire que j'ai retiré les plus grands bénéfices des vésicatoires. J'en ai eu huit pendant mes quarante-huit jours de lit. Ils étaient très grands (17 à 18 centimètres sur 12). Ils me faisaient très mal, mais une fois le premier pansement fait, j'éprouvais un soulagement considérable. Je n'asphyxiais plus, je me trouvais à mon aise et éprouvais un sentiment de bien-être.

Cette maladie m'a laissé une susceptibilité toute spéciale du côté droit de la poitrine. Pendant l'hiver, au moment où la température s'abaisse, j'éprouve une douleur dans ce côté et une dyspnée assez prononcée.

En hiver comme en été, si je marche un peu rapidement, si j'ai chaud, et surtout si je transpire et que j'entre dans un appartement tant soit peu frais, ma douleur de côté reparaît, j'ai de petits frissonnements, puis un peu de fièvre qui dure deux ou trois jours, très légère et insuffisante pour m'empêcher de faire mon service, et, au bout de deux, trois ou quatre jours, je tousse et j'expectore un ou deux crachats visqueux, très épais et absolument semblables à des crachats de pneumonie franche aiguë. Il n'est pas douteux pour moi que j'ai eu une petite pneumonie lobulaire dont ces crachats sont l'expression. Après leur expulsion, du reste, tout est fini, je suis de nouveau guéri. Comme vous le voyez donc, ma spléno-

pneumonie a duré longtemps ; j'ai eu une très longue convalescence et il m'est resté une prédisposition constante à l'apparition de petites pneumonies lobulaires, attaquant un ou deux lobules. Et voilà quatre ans que cela dure.

BACTÉRIOLOGIE

Dans un grand nombre de cas, la spléno-pneumonie ne peut être rattachée à aucun état pathologique quelconque. Elle semble être primitive. D'assez nombreuses recherches bactériologiques ont été faites à son sujet. Dans un cas, datant de 1888 (1), M. Grancher n'a obtenu que des résultats négatifs par l'ensemencement et l'examen du sang retiré par une ponction exploratrice.

M. Chantemesse, ayant eu l'occasion de faire, en 1892, l'autopsie d'une femme de soixante-douze ans, fit des coupes du poumon, et ne trouva aucun microorganisme ; mais en examinant le mucus bronchique, il rencontra des organismes analogues, comme forme, à des levures, et aussi un diplocoque qui n'était pas celui de Talamon-Fraenkel, et dont l'étude n'a pas été poursuivie (2).

M. Florand a rencontré de son côté des *pneumocoques* dans l'expectoration d'un de ses malades (3).

M. Faisans a fait examiner le pus d'une pleurésie métaspléno-pneumonique. On trouva des streptocoques (4).

---

(1) Mlle Brandhendler. — *Loc. cit.* Obs. III.

(2) Carrière. — *Loc. cit.*

(3) Florand. — *Méd. mod.*, 30 novembre 1892.

(4) Cf. Obs. VI.

Alfaro (1) a rencontré, dans les crachats d'un sujet atteint de spléno-pneumonie, des *diplocoques Talamon-Fraenkel* en abondance, et, de plus, quelques bacilles de Friedlaender.

M. Waitz (2), dans sa thèse, relate l'observation d'un malade dont les crachats ont révélé l'existence de *pneumocoques* à l'état de pureté.

MM. Auché et Carrière, dans un cas, ont trouvé des staphylocoques (3).

Makereel (4) a trouvé, dans des cas de spléno-pneumonies grippales, des pneumobacilles de Friedlaender, des streptocoques, des staphylocoques nombreux, des bacilles de Pfeiffer.

M. Carrière (5) a trouvé « des diplocoques encapsulés identiques par leur caractère morphologique au pneumocoque de Talamon-Fraenkel ». Pour plus de détails nous renvoyons le lecteur à l'observation VII. La conclusion de M. Carrière est la suivante : « Dans cette observation c'est le pneumocoque qui semble devoir être incriminé ; mais ici, comme dans la maladie de Woillez, il semble que ce microbe ait une *virulence extrêmement atténuée ;* c'est ce que nos tentatives d'inoculation à l'animal mettent nettement en évidence. »

Telles ne sont pas les conclusions de MM. Caussade et Laubry (6), qui ont trouvé dans un cas le pneumocoque,

---

(1) Infecciones anomales de los organos respiratorios. Buenos-Aires, 1892.

(2) Waitz. Th. de Paris, 1897. *De la spléno-pneumonie.*

(3) Auché et Carrière. Arch. clin. de Bordeaux, sept. 1897.

(4) Makereel. Congestion et spléno-pneumonie grippales. Th. de Lille, 1898.

(5) *Loc. cit.* Voir obs. VII.

(6) *Loc. cit.*

mais *doué d'une grande virulence* constatée jusqu'au déclin de la maladie, qui dura trois mois. Nous renvoyons à l'observation pour les détails.

« Il est admis généralement, dit M. Rendu (2), que la » spléno-pneumonie est fonction du pneumocoque. Sous » ce rapport, l'observation de M. Caussade confirme, avec » des détails plus circonstanciés, une notion que, pour » mon compte, j'ai admise et enseignée depuis de longues » années... Depuis 1891, j'ai poursuivi des recherches » sur la bactériologie des congestions aiguës du poumon » et des spléno-pneumonies. Le procédé que j'ai toujours » employé était la ponction du poumon au point malade, » avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz préalablement » flambée. La gouttelette de sang que l'on recueillait » ainsi était examinée au microscope et inoculée à une » souris. Bien souvent le sang s'est montré stérile ; mais » quand les inoculations ont réussi, elles ont toujours » donné du pneumocoque virulent. L'examen des crachats » a conduit au même résultat... »

Ajoutons que, dans ce même cas, les crachats, examinés à deux reprises, ne contenaient pas de bacilles de Koch ; le cobaye inoculé, sacrifié au bout de quatre semaines, ne présentait aucune lésion de tuberculose ; les poumons, examinés, ne présentaient pas non plus de bacilles de Koch.

Enfin, chez ce malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Carrieu, les cultures sur agar et en bouillon n'ont révélé que la présence du staphylocoque blanc. La nature tuberculeuse de l'affection a d'ailleurs été établie (Voir au pronostic).

---

(1) Soc. méd. des hôpitaux, 10 mars 1899.

Nous savons d'ailleurs que le staphylocoque se rencontre fréquemment dans les épanchements tuberculeux. C'est une notion que nous devons à M. Netter.

De ces recherches bactériologiques, il y a lieu de conclure que le pneumocoque est le plus fréquemment en cause dans l'affection qui nous occupe, qui serait ainsi primitive dans un certain nombre de cas.

TRAITEMENT

De l'origine fréquemment pneumococcique de l'affection on peut tirer parti pour l'étude de la prophylaxie. Pendant les épidémies de grippe en particulier, les sujets exposés à la contagion pratiqueront l'antiseptie buccale. Plus importants seront l'isolement, la destruction des produits de l'expectoration, la désinfection des linges et des effets du malade. Les vieillards, toutes les personnes qui sont en état d'infériorité physique, les albuminuriques et les tuberculeux surtout seront éloignés.

Au début de la maladie le traitement général consistera à alimenter le malade avec du lait, du bouillon, des grogs ; il importe d'ailleurs de le faire boire beaucoup, ou même de lui administrer des diurétiques, pour faciliter l'élimination des déchets organiques et des toxines accumulées dans son organisme.

L'air devra être fréquemment renouvelé autour de lui.

La thérapeutique ayant pour but de modifier l'état local, consiste dans la révulsion, les émissions sanguines, l'administration d'ipéca. On sait que la spléno-pneumonie est une affection très tenace qui résiste aux révulsifs les

plus énergiques, même répétés (1). Le vésicatoire lui-même, très vanté par certains, ne semble guère, si l'on s'en rapporte aux observations, diminuer la durée de la maladie. Il est vrai qu'il amène, suivant M. Picot, un grand soulagement, combat l'asphyxie et fait éprouver un grand bien-être. Ce serait donc une médication symptomatique plutôt qu'un agent thérapeutique visant l'état local.

Au reste, les nombreux inconvénients du vésicatoire sont bien connus. Bornons-nous à rappeler que la splénopneumonie a été observée plusieurs fois chez les albuminuriques, très fréquemment chez des grippés, et que le vésicatoire est dangereux chez ces sortes de malades.

Plus efficaces seraient peut-être les émissions sanguines. M. Faisans, dans un cas (2) compliqué de pleurésie purulente enkystée, crut que le pus, qu'il avait retiré, s'était reproduit, et pratiqua l'opération de l'empyème. Une grande quantité de sang s'écoula, et les signes physiques commencèrent dès le lendemain à s'amender rapidement. «L'on peut retenir de l'intervention de M. Faisans, » dit M. Galliard à ce propos, le bon effet de la dilacéra» tion du poumon, de la saignée locale, et la mettre en » œuvre dans les cas de ce genre. » Les ventouses scarifiées, sans doute, pourraient donner de bons résultats.

M. Bourdel vante beaucoup l'action décongestive du tartre stibié et de l'ipéca. Mais le tartre stibié peut être dangereux par ses effets déprimants, surtout chez des sujets atteints de grippe, maladie déjà très déprimante par elle-même. On lui préfèrera l'ipéca.

---

(1) Bourdel. *Loc. cit.*

(2) Obs. VI.

La médication symptomatique sera faite suivant les moyens ordinaires. La toux, rare, ne sera pas combattue. Le point de côté peut nécessiter l'application de ventouses scarifiées *loco dolenti,* ou même l'injection de chlorhydrate de morphine.

Pendant la convalescence, une thérapeutique bien dirigée sera d'une réelle efficacité. Tous les efforts du médecin devront tendre à améliorer l'état général du malade dont il importe de soutenir les forces par une alimentation substantielle, par l'administration de cacodylate de soude, d'huile de foie de morue, d'alcool, de préparations de quinquina ou de kola.

Lorsqu'enfin on va perdre de vue le malade, on doit lui recommander une hygiène rigoureuse, l'abstention de tout travail pénible, et le soumettre autant que possible au repos, à la vie au grand air, à une bonne alimentation.

CONCLUSIONS

1° Les observations publiées depuis quelques années montrent que la maladie décrite par M. Grancher, puis par M. Bourdel, peut revêtir certaines allures particulières, qui pourraient servir de base à la description de types cliniques. A côté des formes subaiguës et chroniques, il y aurait place pour une forme aiguë, de durée particulièrement courte et pour une forme latente ; il y aurait aussi des formes caractérisées par l'extension de la congestion, sous formes de poussées successives, soit aux deux poumons, soit à un lobe primitivement indemne ; enfin certaines observations sont remarquables par la grande variabilité des signes physiques du jour au lendemain.

Il ne semble pas que le type grippal soit bien déterminé.

2° Malgré l'existence de quelques faits exceptionnels, certains symptômes doivent être considérés comme des éléments importants de *probabilité* en faveur de l'affection. L'expectoration gommeuse, la persistance de la sonorité de l'espace de Traube, l'absence de déviation sternale, la réapparition *graduelle* des vibrations vers le

sommet, les crépitations fines vers la base, l'immobilité des limites de la matité suivant l'attitude du malade, parfois le décubitus sur le côté sain, constituent des *signes de présomption* de spléno-pneumonie et permettent, surtout par leur groupement, d'écarter l'idée d'un épanchement pleural. Le résultat de ponctions successives constitue un signe de certitude.

La conservation de la sonorité de l'espace de Traube et la réapparition graduelle des vibrations vers le sommet seront des signes de *présomption* permettant jusqu'à un certain point d'écarter l'idée de pleuro-congestion. La ponction même ne constitue pas un signe de certitude.

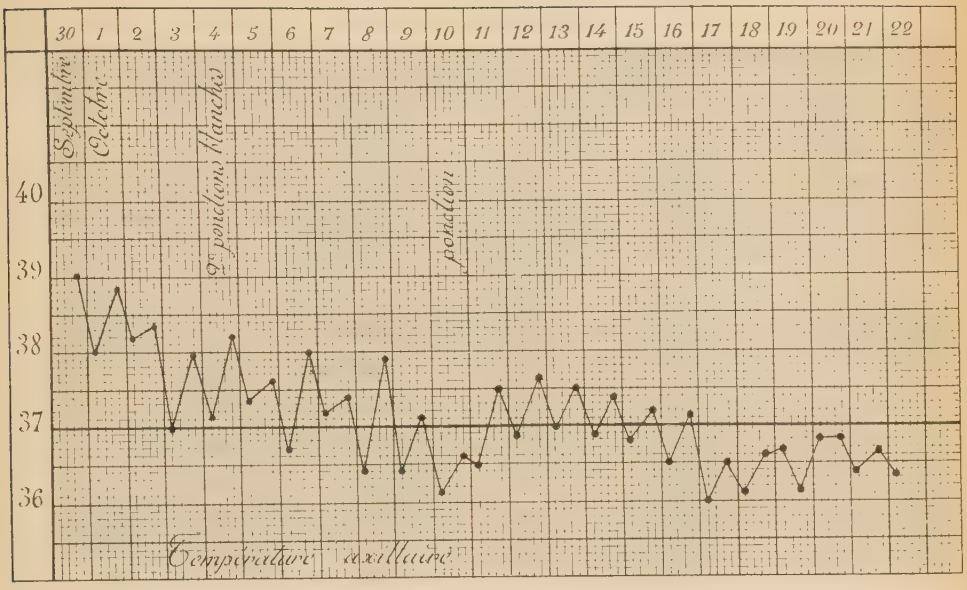
Le diagnostic avec la maladie de Woillez est le plus souvent facile : il est basé sur l'évolution des deux affections et le groupement des symptômes.

Le début, l'évolution, la gravité de l'état général permettent de différencier la pneumonie massive de la spléno-pneumonie.

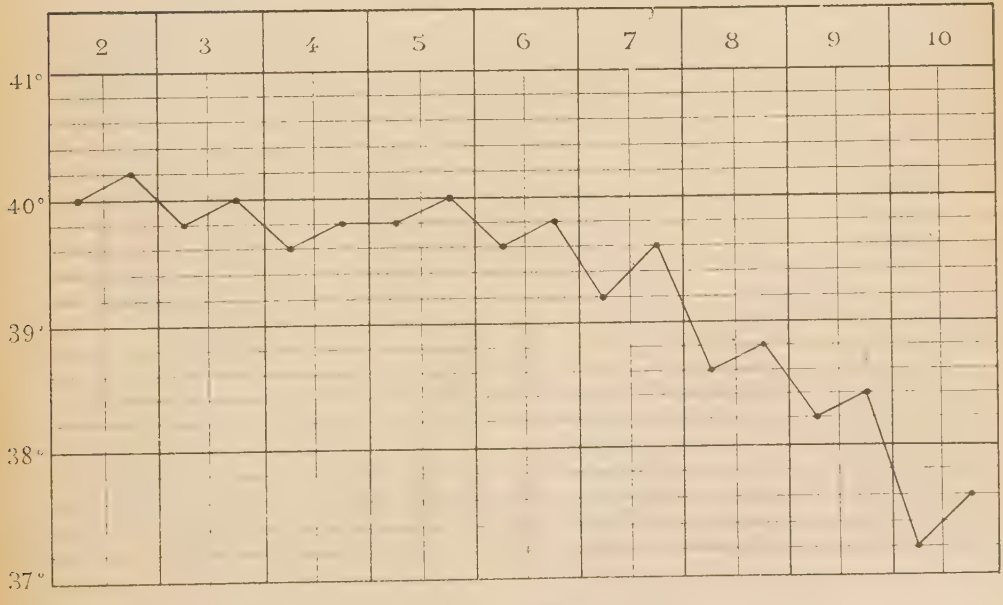
3° La spléno-pneumonie est fréquemment de nature tuberculeuse. Aussi, si son pronostic immédiat est favorable, il y a lieu d'être très réservé au sujet de son pronostic éloigné, surtout si les signes physiques, disparaissant à la base du poumon, tendent à se fixer au sommet.

Fréquemment aussi la spléno-pneumonie est primitive et de nature pneumococcique.

4° La spléno-pneumonie résiste à la plupart des agents thérapeutiques locaux. Peut-être la saignée locale aurait-elle quelque efficacité. Le traitement doit surtout avoir pour but de mettre le malade en état de résister à l'évolution de la phtisie, qui trop souvent le menace.



COURBE I



COURBE II

BIBLIOGRAPHIE

Alfaro. — Infecciones anomales de los organos respiratorios. Buenos-Aires, 1891.

Anglade. — Pneumonie massive. Th. de Paris, 1881, n° 101.

Auché et Carrière. — Arch. clin. de Bordeaux, 1897, n° 9.

Barth. — De la spléno-pneumonie. *Gaz. méd. de Paris*, 1890 (10 mai et 17 mai).

Berthier. — *Revue de médecine*, 1891, n° 4.

Bouicli. — *Ann. med. Rom.*, décembre 1886.

Bourdel. — De la spléno-pneumonie. Th. de Paris, 1886, n° 217.

Bourlier. — *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 octobre 1896 (Observations de spléno-pneumonie).

Brandhendler (Mlle). — Th. de Paris, 1890, n° 197. (Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant).

Carrière. — *Presse médicale*, 26 janvier 1898. (Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques.)

Caussade et Laubry. — Soc. méd. des hôp., 10 mars 1899. (Congestion pulmonaire à forme spléno-pneumonique.)

Chéron. — *Union méd.*, 30 juillet 1889.

Dreyfus-Brisac. — *Gaz. hebd.*, 1886, n° 46.

Faisans. — Soc. méd. des hôp., 1892. — *Bull. méd.*, 6 juillet 1892. (Spléno-pneumonie.)

Florand. — Sur deux observations de spléno-pneumonie. *Méd. mod.*, 30 novembre 1892.

Grancher. — Soc. méd. des hôp. 1883. (De la spléno-pneumonie).

— *Bull. méd.*, 1888. (Spléno-pneumonie chez l'enfant).

— Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.

Le Gendre. — Concours médical, 1888, n° 27.

Lemoine. — *Bull. méd.*, 1898, I, 390. — Congrès de médecine de Montpellier, 12 avril 1898.

Lespinasse. — Sur un cas de spléno-pneumonie. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1889.

Makereel. — Congestion et spléno-pneumonie grippales. Th. de Lille, 1898, n° 87.

Méry. — Art. spléno-pneumonie (Traité de médecine et de thérap., de MM. Brouardel, Gilbert et Girode).

Picot. — *Bull. méd.*, 23 juillet 1902. (Spléno-pneumonie).

Pitres. — De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez — les pleurétiques. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1885, n° 30.

Potain. — Congrès de Rouen, 1883 (Fluxion pleuro-pulmonaire) — *Bull. méd.*, 25 août 1895 (Pleuro-congestion).

Queyrat. — *Rev. de méd.*, 1885, *Id.*, 1886 ; — *Gaz. des hôp.*, 18 juin 1892. — Art. spléno-pneumonie (Traité des maladies de l'enfance de MM. Grancher, Comby, Marfan).

Serrand. — Rapp. de la cong. pulm. et de la pleur avec épanchement. Th. de Paris, 1878.

Sézary et Bourlier. — Obs. de pneumonie massive. *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 février 1894.

Viville (de). — Obs. de spléno-pneumonie. *Union méd.*, Paris, 1889, 24 mars.

Waitz. — Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie. Th. de Paris, 1897.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 novembre 1902.
Le Recteur :
A. BENOIST

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 novembre 1902
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
L. FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !